Nr. 6. 7. lutego 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Tadeusz PISARSKI. Kraków.

Kiła pęcherza moczowego.

Do dnia dzisiejszego napotyka się w podręcznikach urologji bardzo małe wzmianki o kile pęcherza; nieco obszerniej mówi o niej L e g u c u w podręczniku z r. 1910, lecz dopiero E. J o s e p h w podręczniku cystoskopji z r. 1923 i H. W i l d b o l z w podręczniku urologji z r. 1924 poświęcają tej sprawie dłuższe ustępy. Również i ilość przypadków pojedynczo ogłoszonych w piśmiennictwie fachowem nie jest duża. Uderza to tem więcej, że metoda bezpośredniego oglądania błony śluzowej pęcherza, jaką od roku 1879 posiadamy w cystoskopji, jest dzisiaj w powszechnem użyciu i nietylko urolog, ale i chirurg i ginekolog i syfilidolog często się nią posługują. Lecz nietylko klinicznie napotyka się rzadko kiłę pęcherza moczowego; nawet w zakładach anatomji patologicznej z kiłowemi zmianami pęcherza rzadko się spotykamy.

Głównym tego powodem jest, że kiła pęcherza jest wogóle chorobą rzadką, gdyż jakkolwiek kiła może usadawiać się we wszystkich narządach ustroju, to jednak doświadczenie uczy, że niektóre narządy szczególnie często jej podlegają, inne zaś wybitnie mniej. Dalej nie ulega wątpliwości, że gdyby się wszystkie przypadki kiły drugo — i trzeciorzędnej w tym kierunku badało t. j. cystoskopowało, zmiany na błonie śluzowej pęcherza ujawniałyby się znacznie częściej. Nie czyni się tego, gdyż nietylko zmiany drugorzędne, lecz i trzeciorzędne na błonie śluzowej pęcherza mogą przebiegać bez dolegliwości lub z bardzo małemi przypadłościami, które pod wpływem leczenia swoistego szybko ustępują. Trzecim wreszcie powodem jest to, że postać, pod jaką w pęcherzu kiła się pojawia, jest bardzo różnoraka i, nie dając obrazów o stałym jakimś typie, bywa często mylnie za jakąś inną sprawę chorobową uważana. Trudno oprzeć się przypuszczeniu, że gdyby weszło w zwyczaj ogłaszanie przypadków mylnie rozpoznanych i mylnie wskutek tego leczonych, to pewna ilość nacieków i owrzodzeń pęcherza, opierających się wszelkiemu leczeniu, a opisywanych jako *„ulcus simplex vesicae"* lub jako płaski naciek nowotworowy, okazałaby się kiłą.

Zmiany kiłowe pęcherza moczowego dzieli się powszechnie na dwie grupy: 1. schorzenia pęcherza w następstwie zmian, jakie przebyta kiła sprawia w ośrodkowym układzie nerwowym i 2. zmiany dotyczące bezpośrednio i wyłącznie ściany pęcherza.

Co do pierwszej grupy, to ściśle biorąc, nie należałoby tych spraw nazywać kiłą pęcherza; kiła, zwykle w późnym okresie nieleczona całkiem lub niedostatecznie, atakuje tutaj ośrodkowy układ nerwowy, a pęcherz, niedotknięty bezpośrednio, daje objawy spowodowane upośledzeniem sprawności czynnościowej, w następstwie schorzenia jego ośrodków czuciowych lub ruchowych. Te zaburzenia w czynności pęcherza uzyskały wielkie rozpoznawcze znaczenie, odkąd się przekonano, że mogą one być pierwszym i jedynym nieraz objawem choroby ośrodkowego układu nerwowego i nieraz na długie lata wyprzedzają wystąpienie innych objawów obwodowych. Kiła atakuje ośrodkowy układ nerwowy w różny sposób i występuje jako: *meningitis spinalis, myelo-meningitis, myelo-meningitis posterior luetica* czyli t. zw. *pseudotabes, myelitis*, jako rozsiane kilaki w *cauda equina*, jako *paralysis spinalis spastica luetica Erb* lub wreszcie jako *tabes dorsalis* i *paralysis progressiva*. Dolegliwości, jakie przy tych schorzeniach ze strony pęcherza napotyka się, są bądź natury czuciowej, bądź ruchowej: chorzy tacy uskarżają się na bóle w pęcherzu, które noszą nazwę przełomów pęcherzowych *(crises vesicales)*, na częstotliwe parcie na mocz, na trudne moczenie, t. j., że chory musi długo przeć, używać tłoczni brzusznej, a nieraz i ucisku ręką na dolną część brzucha, ażeby swój pęcherz opróżnić; nieraz uskarżają się chorzy na brak odczuwania potrzeby oddawania moczu, a mocz oddają raz lub dwa na dobę. Czasami dochodzi do zupełnego zatrzymania moczu. W okresach zupełnego porażenia występuje *„ischuria s. incontinentia paradoxa"*, gdzie mocz ustawicznie mimowolnie kroplami uchodzi, przy równoczesnem znacznem wypełnieniu pęcherza lub bez tego (zupełne lub niezupełne zatrzymanie moczu). W bardzo dużej liczbie takich przypadków przekonuje cystoskopja, że na błonie śluzowej pęcherza żadnych zmian zauważyć nie można; czasami jednak napotykano przekrwienie błony śluzowej, które szczególnie w obrębie szyjki pęcherza było znaczne; przy wiądzie rdzenia napotyka się silny przerost warstwy mięsnej, który w obrazie cystoskopowym imponuje jako t. zw. *„vessie a colonnes"*, pęcherz beleczkowaty. Jeżeli taki przerost warstwy mięsnej pęcherza nie znajduje u danego osobnika usprawiedliwienia w mechanicznej przeszkodzie w odpływie moczu (n. p. powiększeniu sterczu, zwężeniu cewki), to napewne można go odnieść do schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, które zwykle następowe badania neurologiczne potwierdza. Ta możność wczesnego rozpoznania kiłowego schorzenia ośrodkowego układu nerwowego na podstawie objawów pęcherzowych i badania urologicznego ma niezwykłe doniosłe znaczenie, ze względu na wczesne stosowanie leczenia swoistego.

O właściwej kile pęcherza mówić można w przypadkach stanowiących drugą grupę; tutaj atakuje kiła bezpośrednio ścianę pęcherza, występując na niej w postaci zmian drugorzędnych lub trzeciorzędnych. Ta właśnie postać kiły jest rzadką, gdy natomiast schorzenia grupy poprzedniej, dosyć często w praktyce urologicznej się zdarzają.

Pierwsze spostrzeżenia kiły pęcherza pochodzą ze stołu sekcyjnego; najwcześniejszym zdaje się być przypadek M o r g a g n i e g o (1767); później, koło połowy ubiegłego stulecia, pojawiają się doniesienia R i c o r d a, V i r c h o w a, V i d a l a, F o l l i n a, w r. 1872 T a r n o w s k i e g o, a w r. 1879 F e n w i c k a o zmianach w pęcherzu, zauważonych również na stole sekcyjnym, które autorowie ci uważali za kiłowe. Chodziło przeważnie o zmiany trzeciorzędne, rzadziej drugorzędne, a tylko R i c o r d uważa swój przypadek za pierwotną zmianę w pęcherzu; przypadek ten został później z wielu stron podany w wątpliwość a pierwotnej kiły pęcherza nikt później nie opisał, co jest naturalne i łatwo się tłumaczy położeniem pęcherza. Doniesienia o klinicznie stwierdzonych przypadkach kiły pęcherza są bardzo późnej daty, a taki mistrz cystoskopji, jak M. N i t z e, pisze w swoim podręczniku cystoskopji z r. 1907, że cystoskopowo jeszcze nigdy kiła pęcherza nie była stwierdzona. Również i F. G u y o n w swoich wykładach klinicznych wspomina, że kiła nie dotyczy nigdy pęcherza moczowego. Po raz pierwszy rozpoznał kiłę pęcherza klinicznie N. G r i w z o w w r. 1899 w dwu przypadkach, lecz rozpoznanie postawił *„ex juvantibus"* i obu przypadków nie cystoskopował. M a t z e n a u e r opisał w r. 1900 po raz pierwszy trzeciorzędne zmiany kiłowe pęcherza cystoskopem stwierdzone, a w r. 1911 opisuje A s c h po raz pierwszy obraz cystoskopowy drugorzędnych zmian pęcherza. Od tego czasu do dnia dzisiejszego wzrosła liczba opisanych przypadków kiły pęcherza — w dostępnem mi piśmiennictwie do liczby 40, a przypadek, który poniżej przytoczę, jest 41 napewne za życia rozpoznanym przypadkiem trzeciorzędnej kiły pęcherza.

W historji rozpoznawania kiły pęcherza stwierdzić można trzy okresy: w pierwszym rozpoznawano kiłę pęcherza na podstawie sekcyj; w okresie drugim stawiano na podstawie dodatniego odczynu W a s s e r m a n n a lub innych ogólnych zmian kiłowych i objawów pęcherzowych rozpoznanie prawdopodobne; w trzecim okresie wchodzi w grę cystoskopja, która w połączeniu z innemi metodami badania pozwala na prawie pewne rozpoznanie.

Zanim przystąpię do omówienia cech charakterystycznych dla kiły pęcherza i sposobów rozpoznawania tych zmian, pozwolę sobie przytoczyć własny przypadek, w którym wcześnie rozpoznać się powinno trzeciorzędną kiłę pęcherza, a cały przebieg choroby aż do zupełnego wyleczenia wielokrotnie był cystoskopją kontrolowany.

F. R., l. 22. Chora zgłosiła się do mnie 29. I. 1924 r. i podała, że przed pięciu laty przebyła wiewióra, a równocześnie z tem zakażeniem wystąpiła na błonie śluzowej pochwy pierwotna zmiana kiłowa: chora udała się wówczas do szpitala, gdzie zastosowano leczenie rtęcią i salwarsanem, poczem wolna od objawów chorobowych opuściła szpital. W dwa lata później pojawiło się częstotliwe i bolesne moczenie, z początku o mniejszem nasileniu, później coraz dokuczliwsze; czasami pojawiała się w moczu krew pod koniec aktu moczenia. Obecnie oddaje chora mocz w dzień co $^{1}/_{2}$ godziny, w nocy około 10 razy. Przy oddawaniu moczu, oprócz parcia i pieczenia w cewce, doznaje chora bolu w dolnej części brzucha; ból ten utrzymuje się także i poza aktem moczenia.

Badanie przedmiotowe stwierdza wybitną bladość skóry i błon śluzowych; odżywienie chorej jest dosyć podupadłe, a gruczoły chłonne na szyi lekko obrzękłe. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła zmian nie okazuje. Również w płucach i w sercu niema zmian. Przy badaniu brzucha stwierdza się w dolnej części, nad spojeniem łonowem, bolesność przy ucisku, który wywołuje równocześnie uczucie parcia na mocz. Narządy rodne zmian nie okazują; wycieku z pochwy niema. Dno pęcherza, uciskane od strony pochwy, jest niebolesne. Usposobienie chorej jest płaczliwe; narzeka ciągle, że już niema nadziei być zdrową.

Mocz przeźroczysty, kwaśny, bez białka, wysiany na pożywki okazał się jałowym. Badanie skąpego osadu, otrzymanego na wirownicy, co do krętków bladych, wypadło ujemnie. Również ujemnie wypadło badanie osadu na obecność prątków gruźliczych. (Doc. Dr. K o s t r z e w s k i).

Cystoskopja 29. I. 1924: pojemność pęcherza 100 cm³. Na przedniej ścianie, nieco na prawo od linji środkowej i już w obre-

bie szyjki pęcherza, stwierdza się miejsce podłużne, mniej więcej 2—3 cm długości, a 1½ cm szerokości, nieregularnie owalne, nieco wyniesione nad powierzchnię błony śluzowej, pozbawione nabłonka, pokryte ziarniną blado-różową i szarawym wiotkim śluzem; błona śluzowa naokoło tego ogniska jest na wąskiej przestrzeni żywo nastrzykana. Zupełnie tak samo wyglądające ognisko tylko znacznie mniejsze (1½ cm wszerz i wzdłuż) i okrągłe, znajduje się również na przedniej ścianie, na lewo od linji środkowej i także w obrębie szyi. Zresztą błona śluzowa pęcherza żadnych zgoła zmian nie okazuje; ujścia obu moczowodów są prawidłowe i jednakowe, a indygokarmin wydziela się z obu nerek w prawidłowym czasie, ilości i typie.

Wobec wywiadów, że chora przebyła przed pięciu laty kiłę, wykonano odczyn Wassermanna z surowicą krwi (7. II. 1924. Doc. Dr. Fr. Walter), który wypadł silnie dodatnio.

Badanie zatem stwierdziło na błonie śluzowej pęcherza dwa nacieki względnie owrzodzenia u osobnika niewątpliwie kiłowego. Rozpoznanie wrzodów kiłowych względnie kilaków pęcherza było najprawdopodobniejsze z trzech powodów: po pierwsze, ponieważ przebycie kiły było pewne i potwierdzone dodatnim odczynem Wassermanna; powtóre, ponieważ nacieki te, jak z opisu widać, podobne były do trzeciorzędnych zmian kiłowych, napotykanych na błonach śluzowych i skórze; po trzecie zaś przez wykluczenie owrzodzeń z innych powodów.

Co do tego ostatniego punktu, to należało wziąść pod rozwagę wszystkie sprawy chorobowe wiodące do owrzodzeń na błonie śluzowej pęcherza. W pierwszym rzędzie można było łatwo wykluczyć wszelkie owrzodzenia pochodzenia urazowego, jak owrzodzenia w następstwie ciał obcych, kamieni moczowych lub owrzodzenia powstałe przez przyżegnięcie błony śluzowej lampką cystoskopu, t. zw. *„ulcus cystoscopicum"*, gdyż żadna z tych okoliczności nie zachodziła. Owrzodzeń z powodu zmian zapalnych nie można było również przyjąć, gdyż błona śluzowa przedstawiała się prawidłowo i zmian zapalnych nie okazywała. Owrzodzenie nowotworowe powstaje zwykle na guzie, który dopiero następowo się rozpada, po osiągnięciu pewnej wielkości, a jeżeli nawet nowotwór buja płasko w ścianie pęcherza, to po rozpadnięciu się przedstawia on się jako potężny naciek o grubych wyniesionych brzegach; nowotworowe owrzodzenia bywają zwykle pojedyncze. Najwięcej rozpoznanie kiły mąciła możliwość owrzodzeń gruźliczych; chora jednak w innych narządach zmian gruźliczych nie okazywała, nie gorączkowała, obie nerki czynnościowo sprawne nie budziły podejrzenia zmian gruźliczych, a i same owrzodzenia nie posiadały cech, jakie zwykliśmy spotykać w owrzodzeniach gruźliczych; owrzodzenia gruźlicze, jako powstałe z rozpadu gruzełków, mają prawie zawsze wygląd lekko kraterowaty, t. j. wyniesione brzegi i lekko zagłębiony środek; przy tak długo trwającej chorobie musiałyby być obecne i rozsiane gruzełki nierozpadłe na błonie śluzowej — czego nic było. Promienica, która również wywołuje owrzodzenia błony śluzowej pęcherza, jest chorobą zawsze wtórną, spowodowaną przejściem zmian promieniczych z przewodu pokarmowego na pęcherz; w moczu takich chorych jest stale obecna ropa i grzybek promienicy; dotyczące owrzodzenia były pierwotne w pęcherzu, a ropy ani grzybka promienicy nie było. Z pasorzytów motylica krwi, *(Distomum haematobium Bilharzia)* powoduje owrzodzenia w pęcherzu moczowym, lecz do przyjęcia tego cierpienia również nie było podstawy, gdyż jest to choroba podzwrotnikowa, a jaj pasorzytów w moczu nie było. Rozpoznanie różniczkowe mogło się jeszcze wahać między owrzodzeniem kilakowatem, a owrzodzeniem napotykanem czasem w pęcherzu, a zwanem *„ulcus vesicae simplex"*; etjologja i patogeneza tego owrzodzenia nie jest jeszcze jasną i ustaloną; niektórzy przypisują jego powstanie przebytemu zapaleniu błony śluzowej pęcherza, V. Blum zaś upatruje przyczynę powstawania tego wrzodu w trawiącem działaniu kwaśnego moczu zawierającego pepsynę, której pojawianie się w moczu jest stwierdzone: takie trawiące działanie może przyjść do skutku, jeżeli pewna część nabłonka, wskutek zaczopowania naczyń krwionośnych z różnych powodów, ulegnie obumarciu. Lecz jak już ogólnie przyjęta nazwa wskazuje, owrzodzenie takie występuje pojedynczo.

W przypadku tym zatem i przez wykluczenie innych owrzodzeń i na podstawie bezpośrednich danych, można było z zupełną pewnością przyjąć owrzodzenia kilakowate.

Nie stosując leczenia miejscowego, ani nie podając żadnych środków odkażających mocz wewnętrznie, rozpoczęto leczenie przeciwkiłowe (Oddz. V. w szpit. św. Łazarza, Doc. Dr. Fr. Walter). Do dn. 29. II. 1924 r. otrzymała chora 6. wstrzyknięć 10% salicylanu rtęciowego i 2 wstrzyknięcia neosalwarsanu á 0.45. Chora podaje, że bolów w dolnej części brzucha nie ma, pieczenie w cewce przy oddawaniu moczu jest znacznie mniejsze, a mocz oddaje o wiele rzadziej. Cystoskopja stwierdza: pojemność pęcherza zwiększyła się i wynosi 175 cm³. Na obu naciekach znikł nalot szarawego śluzu, ziarnina ich stała się bujna i żywo czerwona w niektórych miejscach wśród tej ziarniny widać drobne wybroczyny; błona śluzowa jest naokoło nacieków na szerokiej przestrzeni żywo nastrzykana; nacieki stały się znacznie wynioślejsze. Do dnia 27. III. 1924 r. otrzymała chora razem 10 wstrzyknięć rtęci i 5 neosalwarsanu á 0.45, a cystoskopja wykonana w tym dniu stwierdziła, że na miejscu mniejszego nacieku pozostało tylko nastrzykanie błony śluzowej, naciek większy znacznie się zmniejszył, lecz zachował barwę żywo czerwoną i łatwo krwawił. Pojemność pęcherza wzrosła do 200 cm³ a dolegliwości podmiotowe znacznie się zmniejszyły.

Wpływ zatem leczenia swoistego był niewątpliwy; po pierwszych wstrzyknięciach dał się stwierdzić odczyn, blade nacieki ożywiły się, zaczerwieniły, a ziarnina znacznie bujniejsza łatwo krwawiła. Później mniejszy naciek całkiem się wessał, większy znacznie zmniejszył. W tym stanie zwolniłem chorą z obserwacji.

15. VI. 1924. r. zgłosiła się chora powtórnie i podała, że znowu czuje się ogólnie gorzej; po ukończeniu moczenia odczuwa bóle w cewce i dolnej części brzucha: mocz oddaje co pół godziny w dzień, w nocy 5—6 razy. Zaraz wykonana cystoskopja stwierdziła: pojemność pęcherza 75 cm³ (znowu znacznie mniejsza); naciek po prawej stronie stał się znowu większy, o dnie pokrytem żywo czerwoną ziarniną; obrysy jego nie są ostre jak dawniej, lecz naciek jest okolony strefą silniejszego nastrzykania, przechodzi powoli w prawidłową błonę śluzową; miejsce dawnego mniejszego nacieku jest zaczerwienione i pokryte szarawym, wiotkim śluzem. 17. VI. 1924 r. rozpoczęto powtórnie leczenie swoiste i do dnia 12. VIII. 1924 r. otrzymała chora razem 13 wstrzyknięć rtęci i 9 neosalwarsanu á 0.45. Stan podmiotowy wydatnie się poprawił, a cystoskopja stwierdziła znaczne zmniejszenie się obu nacieków.

Dnia 16. X. 1924 r. zgłosiła się chora po raz trzeci, gdyż parcie na mocz i bóle stały się znowu znacznie większe. Pojemność pęcherza wynosiła w tym dniu 50—60 cm³. Wykonany powtórnie odczyn Wassermanna wypadł znowu silnie dodatnio. Mocz był lekko mętny, jałowy, w osadzie stwierdzono dużo komórek nabłonkowych pęcherza, ciałka białe i liczne krwinki czerwone.

Tutaj nadmienić należy, że między 12. VIII. a 16. X. zażywała chora jodek potasu 5:150, jednakowoż bez widocznego skutku.

Wobec tego rozpoczęto po raz trzeci leczenie przeciwkiłowe. W czasie od 16. X. do 27. XI. otrzymała chora 10 wstrzyknięć rtęci i 6 neosalwarsanu á 0.45. Dolegliwości szybko ustąpiły, a badanie w dniu 10. XII. 1924 r. wykazało, że oba nacieki znikły, a na miejscu ich zauważa się tylko nieco silniejsze nastrzykanie błony śluzowej.

Uderzającym szczegółem w powyższym przypadku jest, pomimo stwierdzenia niewątpliwego wpływu leczenia swoistego, pewna oporność w ustępowaniu nacieków w pęcherzu, gdyż jakkolwiek zaraz po pierwszych dawkach rtęci i neosalwarsanu dał się stwierdzić wpływ tego leczenia na nacieki i na ogólny stan chorej, to jednak dopiero po trzeciej serji zmiany w pęcherzu zupełnie ustąpiły.

Nie jest rzeczą łatwą dać na podstawie dotychczas ogłoszonego materjału dokładną charakterystykę zmian kiłowych pęcherza, tak drugorzędnych, jak trzeciorzędnych, gdyż materjał ten jest mały, a pewna ilość, szczególnie dawniejszych doniesień, jest wogóle wątpliwa co do swej natury kiłowej. Z dotychczasowych ogłoszeń wynika, że w przeważającej liczbie przypadków spostrzegano w pęcherzu zmiany trzeciorzędne; zmiany drugorzędne napotykano na błonie śluzowej pęcherza o wiele rzadziej. Tak jedne jak i drugie występują, zgodnie z powszechnie znanym charakterem kiły, pod różną postacią i zmieniają w miarę trwania wygląd, co zależy znowu od dążności utkania kiłowego do szybkiego rozpadu.

Drugorzędne zmiany na błonie śluzowej pęcherza, opisane przez Ascha, Pereszwikina, Muchanińskiego, Paulitscha, Lewy-Binga i Durveaux, Michajłowa, Hessego i innych, można uważać za identyczne z kłykcinami, *„plaques muqueuses"*, jakie napotyka się w tym okresie kiły na błonie śluzowej gardła lub policzków. W obrazie cystoskopowym wyglądały te kłykciny jak płaskie owrzodzenia, ograniczające się tylko do ubytku nabłonka, o brzegach czasem nierównych i lekko wzniesionych, otoczone obwódką silnie nastrzykanej błony śluzowej; owrzodzenia te występowały na niezmienionej błonie śluzowej, częściej jednak stwierdzano silniejsze nastrzykanie, a nawet obrzęk. W przypadku Hessego były to rozsiane guzki *(papulae)*, nieco wyniosłe nad powierzchnię błony śluzowej o zabarwieniu brunatno-czerwonem. Wspólną cechą wszystkich opisanych zmian drugorzędnych była mnogość i znajdowano ich do 12. Co do siedziby, to nie daje się wyosobnić jakiś typ w tym względzie; zmiany te mogą dotyczyć każdej części błony śluzowej pęcherza.

Dok. nast.

Dr. Witold LIPIŃSKI. Kraków.

W sprawie uzyskania wysokowartościowych surowic leczniczych przeciwmeningokokowych.

Z Państwowego Zakładu Higieny. Filja w Krakowie.
Dyrektor Zakładu: Prof. Dr. Juljan Nowak

Oddział Wyrobu Surowic Leczniczych: Kierownik: Dr. Witold Lipiński.

Surowicę przeciwmenigokokową stosujemy w celach leczniczych od lat 20. Mimo pięknych na ogół wyników nie zdobyła sobie ona w całej pełni zaufania lekarzy, i dziś jeszcze spotykamy się niekiedy ze zdaniem o jej zupełnej bezwartościowości. Jeżeli

mimo spadku śmiertelności z 80% przed erą surowiczą, na 10—25% od chwili stosowania surowicy, pewna ilość klinicystów odnosi się do niej sceptycznie, a nawet wrogo, to braku uznania należy szukać w całym szeregu czynników.

Działanie lecznicze każdej surowicy zależy w pierwszym rzędzie od wczesnego podania. Wymaganie to odnosi się specjalnie do surowicy przeciwmenigokokowej. Wyniki badań wielu klinicystów, jak również spostrzeżenia własne, poczynione na znacznym materjale, bo obejmującym około 100 chorych w Centralnym Szpitalu Epidemicznym b. IV. Armji Austrjackiej, wskazują niezbicie, że wynik leczniczy, poza kwestją wczesnego podania, zależy od ilości jednorazowo podanej surowicy i częstości wlewań. Sposób podania posiada pierwszorzędne znaczenie. Wstrzykiwania podskórne, wśródmięśniowe, a nawet dożylne, nie posiadają znaczenia leczniczego. Warunkiem zadziałania są wlewania dolędźwiowe, a nawet dokomorowe (u dzieci), jak tego żąda Lewkowicz. Niepodobna jednakowoż pominąć milczeniem szeregu przypadków, gdzie mimo spełnienia wszystkich żądań działania leczniczego nie można było osięgnąć. Wyniki lecznicze były zmienne, a winę tego ponosi niewątpliwie sama surowica. Jest rzeczą znaną, że wartość lecznicza surowicy przeciwmeningokokowej z różnych zakładów jest różną, lecz, co ważniejsza, wartość jej waha się w znacznych granicach przy surowicy jednej i tej samej wytwórni. Zło leży w braku metody, stwierdzającej w sposób niezbity leczniczą wartość surowicy przeciwmeningokokowej. Z ważności tego problemu zdawał sobie sprawę Komitet Higjeny przy Lidze Narodów, który, między innemi, opracowywał kwestję mianowania surowicy przeciwmeningokokowej.

Surowicę leczniczą przeciwmeningokokową uzyskujemy w większej ilości przez uodparnianie koni. Meningokoki, względnie wyciągi z nich, lub też przesącze, szczepimy podskórnie lub dożylnie, przyczem staramy się przez użycie większej ilości szczepów, typów rozmaitych, o uzyskanie surowicy wieloważnej. Podług Kollego i Wassermanna rozpoczynamy uodparnianie koni od podskórnego podania zabitych, później żywych meningokoków, przechodząc następnie do endotoksyny, uzyskanej przez odstanie spłukanej hodowli agarowej, wytrząsanej uprzednio na trzęsawce. Kraus, Doerr, i Baecher uzyskują surowicę wieloważną, podając podskórnie i dożylnie wyłącznie wyciągi z hodowli agarowych. Flexner, Jobling, i Dopter używają wyłącznie meningokoków żywych, a wychodząc z 1/20—1/10 hodowli agaru skośnego, jako dawki początkującej, dochodzą do najwyższej dawki 5 hodowli. Jakkolwiek różni badacze różnią się co do sposobu szczepienia, to zgadzają się niewątpliwie na jedno, a mianowicie, że uodparnianie koni meningokokami i uzyskanie wysokowartościowej surowicy nie należy do zadań wdzięcznych i łatwych. Odczyny bowiem, zwłaszcza po podaniu dożylnem, są bardzo gwałtowne i powodują nierzadko nagłe i niespodziewane zejście śmiertelne u odpornionego zwierzęcia.

Mimo uzasadnionych protestów, wskazujących na niedostateczność mianowania, posługujemy się dotychczas przy oznaczaniu wartości surowicy przeciwmeningokokowej dwiema właściwościami surowicy: 1. zdolnością aglutynacyjną, a zwłaszcza 2. zdolnością wiązania dopełniacza. Za dopuszczalne uznano u nas surowice, które wiążą dopełniacz w stosunku 1:200. To niewątpliwie niskie miano podyktowane było prawdopodobnie trudnościami, w uodparnianiu.

Objąwszy kierownictwo krakowskiego oddziału wyrobu surowic, uważałem za wskazane podjąć próby uzyskania wysokowartościowej surowicy przeciwmeningokokwej, wychodząc z założenia, że podniesienie wartości leczniczej surowicy wpłynie niewątpliwie na zmniejszenie nieufności, okazywanej dotychczas ze strony lekarzy.

Doświadczenia moje wykonane na trzech koniach tutejszego zakładu, obejmują sześciomiesięczny okres uodparniania

Celem uzyskania surowicy wieloważnej, uodparniałem konie równocześnie 15 szczepami meningokoków, rozmaitych typów (A, B, C,) włączając skrzętnie do szczepów dotychczasowych każdy szczep nowy, wyosobniony z przypadków świeżych, z materjału kliniki dziecięcej i oddziału zakaźnego szpitala powszechnego. Po weryfikacji szczepu podług Lingelsheima przeszczepiałem meningokoki początkowo co — 3—4 dni na agarze z dodatkiem płynu puchlinowego (ascites), używając najpierw hodowli kilkudniowych, przy późniejszem uodparnianiu stale 24 godz. hodowli. Utrzymanie szczepów okazywało się niejednokrotnie trudnem, albowiem niektóre szczepy, z niewytłumaczonych powodów, nagle ginęły i tylko z trudem mogłem je ponownie odzyskać. Przeszedłem zatem do konserwacji szczepów podług Ungermanna na pożywkach płynnych w warunkach beztlenowych. Jako podłoża używałem bulionu z dodatkiem płynu puchlinowego, którego powierzchnię zalewałem wyjałowioną parafiną. W ten sposób, przy odpowiednich ostrożnościach, uzyskałem hodowle macierzyste meningokoków, które okazały się żywotne do trzech miesięcy. Osad pobrany rurką włosowatą z dna probówki macierzystej, przeszczepiałem na agar skośny z dodatkiem płynu puchlinowego, otrzymując z łatwością 24-godzinną hodowlę.

Ponieważ z uprzedniego doświadczenia znałem wysoką wrażliwość koni przy podawaniu dożylnem nawet drobnych ilości hodowli świeżej, rozpocząłem uodparnianie, podając dożylnie hodowle starsze. 5—8 dniową hodowlę agaru skośnego zraszałem fizjologicznym roztworem soli kuchennej w ilości 5 cm³. Po kilku minutach wstrząsałem lekko probówką, wlewając wszystkie spłukane szczepy do wspólnego naczyńka. Po zmieszaniu podawałem początkowo do żyły jarzmowej konia 5 cm.³ zawiesiny bakteryjnej, równające się jednej hodowli agarowej. Wlewania uskuteczniałem bardzo powoli i ostrożnie. Uodparniałem zazwyczaj w trzech po sobie następujących dniach wzrastającemi dawkami. Zależnie od odczynów przechodziłem po kilku dniach, zazwyczaj po tygodniu, do uodparniania hodowlami świeżemi, 24 godzinnemi, dochodząc wreszcie, przy końcowem uodpornieniu, do dawki olbrzymiej, bo wynoszącej 25 hodowli świeżych. Odczyny były przeważnie silne, wyjątkowo bardzo znaczne; czas trwania odczynu nie przekraczał nigdy, mimo wysokich dawek, 24 godzin. Za niepożądany odczyn uważałem każdy odczyn, choćby słaby, trwający dłużej. Zwracałem na nie baczną uwagę, kierując się niemi, poza ogólnym stanem zwierzęcia, przy następnych uodparnianiach. Już w 2—3 minut po powolnem podaniu dożylnem zawiesiny meningokoków pojawiały się: przyśpieszenie oddechu, lekka duszność i niepokój.

W przypadkach lekkich objawy te ustępowały do 10 minut, w cięższych duszność była znaczna, zwierzę zdradzało silny niepokój, przyczem nierzadko oddawało mocz i kał, początkowo uformowany, zbity, później płynny.

Widocznem było również parcie na stolec. Zależnie od nasilenia okres duszności trwał od kilku minut do godziny, wyjątkowo dłużej. Konie odprowadzone do stajni ze sali szczepień, kładły się. Przyczem występowały zawsze do 2 godzin wzniesienia ciepłoty. Ciepłota nie przekraczała nigdy 41° C. Po kilku godzianch trwania ciepłota spadała per lysim. Do 24 godzin temperatura była prawidłowa. Poza ogólnym stanem zwracałem baczną uwagę na łaknienie i pragnienie zwierzęcia.

Jak wykazują załączone tablice, uzyskałem surowicę przeciwmeningokokową, której wartość lecznicza, o ile przyjmiemy za wskaźnik odchylenie dopełniacza, przenosi znacznie wartość surowic dotychczas produkowanych. Wymagane przez państwo miano 1:200 zostało znacznie przekroczone, bo surowice moje odchylały dopełniacz w stosunku 1:25.000. Jeżeli pomimo olbrzymich dawek bakteryj, stosowanych przy uodparnianiu, dawek, przekraczających znacznie dawki używane dotychczas, nie tylko nie straciłem ani jednego zwierzęcia, ale nie miałem poważniejszego schorzenia, któreby mnie zmusiło do przerwania uodparniania, to zawdzięczam to w pierwszym rzędzie antianafilaktycznej metodzie szczepienia Besredki, którą zastosowałem z powodzeniem przy uodparnianiu koni meningokokami. W każdym przypadku, nawet przy niższych dawkach, szczepiłem antianafilaktycznie, podając na godzinę przed główną dawką, podskórnie drobną ilość zawiesiny meningokoków, nie przenoszącą 1 cm³ zawiesiny. Przy uodparnianiach późniejszych podawałem na 15 minut przed główną dawką dożylnie ½ cm³ zawiesiny. Zwłaszcza ostatni sposób szczepienia oddawał mi nieocenione usługi. Odczyny, natychmiastowe, były znacznie słabsze.

TABLICA I

Koń Nr. 85 wałach, kasztan, 8 lat, wysoki 154 cm.

Data szczep.	Oznaczenie meningo.	Ilość hodowli podanych dożylnie.	Nasilenie odczynu bezpośr.	Wzniesienia ciepłoty po szczepieniu
14. IV.	5-dniowa	1 hod.	słaby	38·9, 38·6, 37·5
15. IV.	5-dniowa	3 hod.	słaby	39·5, 40, 38·3, 37·4
16. IV.	5 dniowa	5 hod.	średni	39·0, 3[illegible]·0, 37·9
26. IV.	mieszana 5 dni i 24 godzin	5 hod.	słaby	38·6, 38·5, 38
28. IV.	24 godzin	10 hod.	średni	38·3, 39·0, 39·5, 37·9
2. V.	24 godzin	15 hod.	średni	38·7, 39·1, 39·5, 37·9
10. V.	Upust próbny. Mianowanie surowicy wykazało odchylenie dopełniacza z antigenem A 1:800, z antigenem B 1:800.			
14. V.	24 godzin ocd mieszana	10 hod	silny	38·6, 38·9, 39·3, 38
15. V.	„ „	5 hod.	średni	39·2, 39·5, 39·3, 37·6
16. V.	„ „	10 hod.	silny	39·9, 40, 39·5, 37·9
26. V.	Upust próbny. Mianowanie surowicy dało wyniki: odchylenie dopełniacza z antigenem A 1:3.200, B silnie 1:1.600, ślad 1:3.200			
28. V.	24 godzin	5 hod.	średni	38·5, 38·9, 39·1, 38·2
30. V.	„	10 hod.	średni	39·2, 39, 38·5, 37·5
10. VI.	Upust próbny.			
11. VI.	Upust pierwszy. Pobrano krwi: 8 l.			
12. VI.	Upust drugi. Pobrano krwi: 7 l.			

Mianowanie surowicy dało następujące wyniki: upust pierwszy odchylenie dopełniacza z antigenem A 1:12.800, B 1:6.400 wybitnie, 1:12.800 ślad.

Pauza w uodpornieniu.

Data szczep.	Oznaczenie meningokoków	Ilość hodowli podanych dożylnie	Nasilenie odczynu bezpośr.	Wzniesienia ciepłoty po szczepieniu
27. VI.	24 godzin	2 hod.	średni	38·3, 38 5, 37 9
28. VI.	„ „	10 „	silny	39·1, 39·3, 39·4, 38·5
30. VI.	„ „	10 „	„	39·2, 39·3, 39·2, 38 4, 37
7. VII.	„ „	2 „	średni	38·5, 38·6, 38·2
8. VII.	„ „	5 „	„	38·2, 38·9, 37·9
9. VII.	„ „	10 „	„	38·8, 38·5, 37·4
15. VII.	„ „	3 „	„	39, 39·7, 37·6
16. VII.	„ „	6 „	silny	39, 39·7, 37 3
17. VII.	„ „	5 „	„	40·5, 40 2, 37·9
26. VII.	Upust próbny. Mianowanie surowicy.			
27. VII.	Upust krwi pierwszy. Wynik mianowania A 1 : 6.400 B 1 : 3.200			
30. VII.	Upust krwi drugi Wynik mianowania A 1 : 6.400 B 1 : 3.200			
12. VIII.	24 godzin	10 hod.	silny	39 6, 39·2, 38·2
16. VIII.	„ „	6 „	„	38·4, 39·2, 37 8
26. VIII.	Próbka krwi Mianowanie surowicy A 1 : 3.200 B 1 : 3.200			
4. IX.	24 godzin	10 hod.	średni	39 3, 39·1, 37·8
9. IX.	„ „	15 „	„	39·1, 39·7, 38
13. IX.	„ „	20 „	„	38·9, 39·6, 37·8
19. IX	„ „	25 „	„	39·8, 38·8, 38
29. IX.	Upust próbny.			
30. IX.	Upust krwi. Mianowanie surowicy dało wyniki: Odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 12.800 B 1 : 6.400. Aglutynacja z A $^1/_{200}$, z B $^1/_{1600}$.			

TABLICA II

Koń Nr. 86 wałach, kasztan, lat 9, 153 cm wysokości.

Data szczep.	Oznaczenie meningokoków	Ilość hodowli podanych dożylnie	Nasilenie odczynu bezpośr.	Wzniesienia ciepłoty po szczepieniu
14. IV.	5-dniowa	1 hod.	średni	39·3, 38·9, 38
15. IV.	„ „	3 „	średni	39 8, 40·8, 37·7
16. IV.	„ „	5 „	słaby	38·9, 40 2, 38 3
26. IV.	Hodowla mieszana 5 dni i 24 godzin	5 hod.	średni	39·3, 39·0, 37 9
28. IV	24 godzin	10 hod.	silny	38 9, 40·0, 38·9
2. V.	„	15 „	„	38·6, 40, 38·1
10. V.	Upust próbny Mianowanie surowicy: Odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 3.200 B 1 : 3.200.			
14. V.	24 godzin	10 hod.	silny	38·6, 40·3, 37·9
15. V.	„ „	10 „	„	39·6, 40·8, 37 7
16. V.	„ „	15 „	b „	39·5, 40·7, 37 7
26. V.	Próbka krwi. Mianowanie surowicy. Odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 6.400 B 1 : 12.800.			
28. V.	24 godzin	5 hod.	średni	38·5, 39·7, 38·2
30. V.	„ „	10 „	silny	39 1, 39 9, 41, 38·5
31. V.	„	20 „	„	39·8, 37·6
10. VI.	Upust krwi. Mianowanie surowicy: odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 12.800 B. 1 : 12.800. Pauza po uodparnianiu.			
26. VI.	24 godzin	2 hod.	silny	38·0, 38·8, 37·7
28. VI.	„ „	5 „	„	39·4, 39 5, 37 7
30. VI.	„ „	10 „	b. silny	39·2, 39.9, 38·7
7. VII.	„ „	2 „	silny	39·1, 38 6, 37 8
8. VII.	„ „	5 „		39·1, 38·5, 37 8
9. VII.	„ „	10 „	„	38·8, 38·5, 37 5
15. VII.	„ „	3 „		38·9, 39 8, 38
16. VII.	„ „	6 „	„	39·4, 40·4, 37 3
17. VII.	„	5 „	„	40·5, 40·2, 37 8
26. VII.	Próbka. Upust krwi. Mianowanie surowicy dało wyniki: odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 3.400 B 1 : 12.800.			
30. VII.	Upust krwi.			
12. VIII.	24 godzin	10 hod.	średni	39 7, 40·5, 38·2
16. VIII.	„ „	15 „	„	39·3, 40, 37 7
26 VIII.	Próbka krwi. Mianowanie surowicy dało wyniki następujące. Odchylenie dopełniacza z antigenem A 1:25.6000 z B 1 : 25.600. Aglutynacja z A $^1/_{200}$ z B $^1/_{1600}$.			
4. IX.	24 godzin	10 hod.	silny	39·3, 40·1, 37·7
9 IX.	„ „	15 „	„	39·3, 40·1, 37 7
13. IX.	„ „	20 „	średni	38·8, 40 3, 37·9
19. IX	„ „	25 „	silny	39 5, 37·8

TABLICA III.

Koń Nr. 89 klacz, kasztanka, lat 13, wysokość 163 cm

Data szczep.	Oznaczenie meningokoków	Ilość hodowli podanych dożylnie	Nasilenie odczynu bezpośr.	Wzniesienia ciepłoty po szczepieniu
14. IV.	5-dniowa	1 hod.	średni	38·6, 38·4, 38·1
15. IV.	„	3 „	„	38 6, 39·3, 37·8
16. IV.	„	5 „	„	38·1, 39 8, 38 8
26. IV.	Hodowla mieszana. Kilkodniowe i 24 godzin.	5 hod.	średni	38·9, 38·8, 37·5
28 IV	24 godzin	10 hod.	silny	38·6, 39·5, 37 7
2. V.	„ „	15 „	„	38·3, 40, 38
10. V.	Próbka krwi. Mianowanie surowicy: odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 1.600 B 1 : 800			
14. V.	24 godzin	10 hod.	silny	38·2, 39·2, 37·8
15. V.	„ „	10 „	„	39·4, 40·5, 38·2
16. V.	„ „	15 „	„	39 5, 40·4, 40 1, 37·7
26. V.	Próbka krwi. Mianowanie surowicy. Odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 3.200 B 1 : 3.200.			
28. V.	24 godzin	5 hod.	silny	38·1, 39 2, 38·6
30. V.	„ „	10 „	„	38·8, 39·9, 37·9
31. V.	„ „	20 „	„	38·7, 40 3, 37·3
10. VI.	Próbka krwi Mianowanie surowicy. Odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 3 200 silnie, 1 : 6·400 ślad z antigenem B 1 : 3 200. Upust krwi.			
27. VI	24 godzin	2 hod.	silny	38 9, 39·6, 37·7
28 VI.	„ „	5 „	średni	39·3, 40·0, 41, 37·6
30. VI.	„ „	10 „	silny	39·2, 41, 37·6
7 VII.	„ „	2 „	„	39 0, 38·8, 37·7
8. VII.	„ „	5 „	„	38·8, 38·6, 37·7
9. VII	„ „	10 „	b. silny	38·9, 38·7, 37·5
15. VII	„ „	3 „	średni	39·1, 39·4, 36·5
16. VII.	„ „	6 „	silny	38·8, 39·7, 37·4
17 VII.	„ „	5 „	„	39 9, 40·2, 37·6
29. VII.	„ „	5 „	„	39·4, 39 9, 37·5
30. VII.	„ „	5 „	„	40·3, 39·2, 37·5
31. VII.	„ „	5 „	„	39·2, 39·4, 37·6
7 VIII.	„ „	10 „	średni	39·9, 40·1, 37·8
12. VIII.	„ „	15 „	„	40 3, 39·7, 37.8
16. VIII.	„ „	20 „	„	39·9, 39·5, 37·6
26· VIII.	Próbka krwi. Mianowanie surowicy. Odchylenie dopełniacza z antigenem A 1 : 6.400 B. 1 : 12.800. Aglutynacja z A $^1/_{200}$, z B $^1/_{1600}$.			
4. IX.	24 godzin	10 hod.	średni	39 7, 39 5, 37·6
13. IX.	„ „	15 „	„	39·4. 40, 38 5
16 IX.	„ „	25 „	„	38.9, 40·2. 37·9

Reasumując wyniki mych doświadczeń, podjętych celem uzyskania wysokowartościowej surowicy przeciwmeningokokowej, stwierdzam, co następuje: uodparnianie podjąłem na trzech koniach krakowskiego oddziału wyrobu surowic i przeprowadzałem je przez okres sześciomiesięczny. Ze względu na znaczną wrażliwość konia na meningokoki, zwłaszcza przy podaniu dożylnem hodowli świeżych, uodparniałem początkowo hodowlami starszemi (5 dniowemi), przechodząc później do hodowli świeżych 24 godzinnych. Pomimo niezwykle wysokich dawek, przekraczających wielokrotnie dawki używane dotychczas, (podawałem równocześnie 25 hodowli świeżych dożylnie), nie tylko nie straciłem ani jednego zwierzęcia, ale nie miałem poważniejszego schorzenia, któreby zmuszało do przerwania uodpornienia. Zawdzięczam to a n t i a n a f i l a k t y c z n e j metodzie szczepienia B e s r e d k i,

którą zastosowałem z powodzeniem przy uodparnianiu koni meningokokami. Szczepiłem antianafilaktycznie, podając na godzinę przed głównem szczepieniem, podskórnie drobną ilość zawiesiny meningokoków, nie przenoszącą 1 cm.³ zawiesiny bakteryjnej. Jeszcze lepsze wyniki uzyskiwałem, podając na 15 minut przed głównem szczepieniem dożylnie ½ cm.³ zawiesiny. Używałem 15 szczepów meningokokowych, rozmaitych typów. Meningokoki konserwowałem w warunkach beztlenowych, używając jako podłoża buljonu z dodatkiem płynu puchlinowego, którego warstwę powierzchowną zalewałem wyjałowioną parafiną. Meningokoki, konserwowane w ten sposób utrzymywały swą żywotność do trzech miesięcy. Surowica uzyskana przekraczała znacznie miano wymagane przez państwo (odchylenie dopełniacza 1:200), bo odchylała dopełniacz w stosunku 1:25.000.

Rozpocząłem również badania nad mianowaniem surowicy meningokokowej na myszkach białych, podając równocześnie mieszaninę endotoksyny meningokokowej i antytoksyny dootrzewnowo. Rozpocząłem badania nad osobniczą wrażliwością koni, podając drobne ilości endotoksyny wśródżylnie, i starając się odczyn wśródskórny zużytkować do odpowiedniego doboru koni do szczepień meningokokami.

Badania moje musiałem przerwać z powodu zwinięcia krakowskiego oddziału wyrobu surowic.

Dr. P. ADAMOWICZ, asystent kliniki. Kraków.

Wpływ pewnych bodźców chemicznych na czynność wydzielniczą trzustki wraz z uwagami dotyczącemi rozpoznawania jej schorzeń.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Orłowski.

Dokończenie.

Treść dwunastnicza oddziaływa zasadowo i wobec tego posiada zdolność wiązania kwasu solnego. Zależy to przeważnie od alkaljów rozpuszczonych w niej — i w nieznacznej tylko mierze od bardzo niewielkiej ilości białka. Zasadowość treści naczczo wynosi średnio 42° (na 100 cm³ treści), a waha się od 14° do 80°. Liczby zasadowości u tego samego osobnika naczczo, przy powtórnych zgłębnikowaniach, otrzymywałem dość stałe. Np. w przypadku V.— 35° i 32°, w przyp. XVI. — 30° i 36°, w przyp. XVII. — 34° i 30°, w XVIII — 46° i 38°, w XXX — 84° i 80° itd. Wysokie ilości zasad dawała treść wydobyta naczczo najczęściej od osób z przekwaśnością żołądkową. Dla ilustracji pozwolę sobie przytoczyć kilka dat: W przypadkach z kwaśnością żołądkową po śniad. pr. E. B. — L. =70° A = 92° zasadowość wynosiła 60° i 70°, w przyp. z kwaśnościąL. =55° A = 77° zasady = 80° i 64°, w przypadkach z kwaśnością L = 45° A = 70° zasady 60°, 54° w przyp. L—25°A—89° zasady 75° 90°.

Ta okoliczność tłómaczy się tem, że w przekwaśności żołądkowej kwaśna treść żołądka już naczczo przedostaje się do dwunastnicy i działaniem swego wolnego kwasu solnego wywołuje obfite wydzielanie wodnistego soku trzustkowego o oddziaływaniu zasadowem.

Treść dwunastnicza u osób z brakiem wolnego kwasu solnego dawała wyniki, dotyczące jej zasadowości naczczo, bardzo zmienne, a więc raz zwiększone wartości, to znowu zmniejszone.

Wlewanie do dwunastnicy kwasu solnego wywoływało prawie zawsze wydzielanie się treści obfitującej w alkalja. Średnia zasadowość treści naczczo, wynosząca 42°, po wlewaniach kwasu solnego prawie podwajała się i wynosiła 75°, czasami zaś zwiększała się kilkakrotnie. To zwiększenie się zasadowości treści dwunastniczej po wlaniu kwasu solnego występowało już dość wydatnie nawet u osób z brakiem wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej. Szczególnie zaś silnie na kwas solny oddziaływali chorzy z przekwaśnością żołądkową. W tych przypadkach dla zasadowości treści dwunastnicowej, po wlaniu kwasu solnego, otrzymywałem tak wysokie liczby, jak 145° u osobnika z kwaśnością żołądkową po śniadaniu E. B. L. = 30° A = 70°, 130° z kwaśnością L. = 40°, A = 70°, 110° z kwaśnością L = 54° A = 71°, 95° z kwaśnością L = 25°, A = 89°, i t. p.

Interesującem jest, że chorzy z przekwaśnością żołądkową i równoczesnemi zaburzeniami dyspeptycznemi okazywali stale tak po kwasie solnym, jak i naczczo, poziom zasadowości treści dwunastniczej poniżej liczb średnich; natomiast inni chorzy, z dużą nawet przekwaśnością soku żołądkowego, a którzy oddziaływali na kwas solny wysoką zawartością alkaljów w dwunastnicy, zaburzeń dyspeptycznych zupełnie nie mieli.

Powstaje więc pytanie, czy w pewnych przypadkach z przekwaśnością żołądkową zaburzenia dyspeptyczne nie zależą od zakwaszenia treści dwunastniczo-jelitowej?

Wobec powyższego uważam zachowanie się zasad w dwunastnicy za bardzo ważne w patologji tak ważnego odcinka jelitowego, jakim jest dwunastnica

W tym samym mniej więcej stopniu, jak kwas solny, wpływało na podniesienie zasadowego oddziaływania treści wprowadzenie do dwunastnicy rozczynu siarczanu magnezowego. Średnia tych wartości wynosi 71°.

Po eterze oraz oliwie kamforowej z miętą ilość zasad w treści dwunastniczej jest nieco niższa, mianowicie, po eterze średnie ilości wynoszą 66°, a po olejku kamforowym z miętą 56°.

Na podniesienie zdolności wiązania kwasu solnego przez treść dwunastniczą nie bez wpływu pozostaje też domieszka żółci mniej lub więcej zgęszczonej. Coprawda, wpływ ten jest stosunkowo mały, po uprowadzeniu bowiem kwasu solnego, jak podałem wyżej, z dwunastnicy przez zgłębnik wypływa zwykle treść wodnista w postaci żółci znacznie rozcieńczonej.

Ciężar właściwy treści dwunastniczej naczczo nie bywa wyższy od 1,009—1,011. Po wlewaniu kwasu solnego nie podnosi się, a raczej obniża, po eterze ma skłonność nieco się zwiększać, ponieważ wynosi około 1,012. Najwyższy natomiast bywa po wlewaniach rozczynu siarczanu magnezowego, ciężar ten jednak głównie zależy od domieszki samego środka. Waha się on w tych razach od 1,045 do 1,015. Wreszcie po olejku kamforowym z miętą ciężar właściwy soku dwunastniczego wynosi 1,010—1,012.

Przechodzę teraz do zawartości trypsyny w treści dwunastniczej. J. Krieger[18]) uważa jako prawidłowe wartości trypsyny w soku dwunastnicowym naczczo 125 do 2000 jednostek tryptycznych. Wartości niższe, otrzymywane przy powtórnych oznaczeniach, należy jego zdaniem, oceniać jako wyraz upośledzenia zewnętrznej czynności wydzielniczej trzustki. Te same liczby uważa za prawidłowe i Langanke[25]) natomiast Filiński[24]), Deloch[5]) oraz Falkenhausen, stosując metodykę analogiczną do Kriegerowskiej, uważają liczbę 125 jednostek za wyraz upośledzenia czynności wydzielniczej trzustki, za prawidłowe natomiast wartości dla zaczynu proteolitycznego w treści dwunastnicowej, ich zdaniem, należy uważać wartości powyżej 200 jednostek. Wichert i Dworjetz[51]) podaje jeszcze wyższe liczby jako prawidłowe, mianowicie 400—4000 jednostek. Jednakże zamiast 30 minut poddawali oni badany materjał trawieniu przez dobę.

W moich badaniach na 100 oznaczeń trypsyny w treści dwunastniczej, otrzymanej naczczo, średnie wartości dla tego zaczynu wynoszą 512 jednostek, a wartości prawidłowe wahają się od 128 do 2048 jednostek.

Poniżej podaję, w jakim odsetku badanych przypadków otrzymałem tę lub inną wartość trypsyny naczczo:

Jednostki tryptyczne =	16,	32,	64,	128,	256,	502,	1024,	2048,	4096,
% przyp. =	0%,	2%,	2%,	8%,	19%,	20%,	36%,	13%,	0%.

Tak więc liczby moje odpowiadają wartościom podanym przez Kriegera oraz Langanke.

Porównując zawartość trypsyny w treści dwunastniczej, otrzymanej u tego samego chorego naczczo w szeregu dni, przekonałem się, że ulega ona dość znacznym wahaniom.

Wobec tego liczby niższe od podanych jako prawidłowe w treści naczczo nie zawsze należy uważać za patologiczne.

Bez powtórnych badań treści wydobytej naczczo, zwłaszcza bez badań jej po wlewaniu środków pobudzających czynność trzustki, nie można wyciągać wniosków o zaburzeniu czynnościowem tego gruczołu.

Moje przypadki (⁰) z trypsyną naczczo w treści dwunastniczej w ilości 128 jednostek, a więc już według niektórych autorów, zbyt niskiej, należą do przyp. albo z przekwaśnością żołądkową, albo z brakiem wolnego kw. solnego. Niska zawartość trypsyny w przyp. z przekwaśnością soku żołądkowego zależy prawdopodobnie od wydzielania przez trzustkę soku rozrzedzonego pod wpływem zadziałania silnie stężonego kwasu solnego. W przypadkach zaś z brakiem wolnego kwasu solnego tłómaczy się to zjawisko właśnie brakiem tej potężnej podniety dla czynności trzustki. Przynajmniej w tych samych przypadkach wartości dla trypsyny po wlewaniu do dwunastnicy rozczynów pobudzających wydzielniczą czynność trzustki, podnosiły się ze 128 jednostek do 4000. Wreszcie u osób z prawidłową kwaśnością żołądkową zawartość trypsyny w treści dwunastniczej, wydobytej naczczo, wynosi 512—1024 jednostek, a więc jest w granicach wartości średnich.

Wahania zawartości trypsyny w treści dwunastniczej naczczo zależą nietylko od stanu czynnościowego żołądka, ale prawdopodobnie w bardzo dużej mierze także od wpływów psychicznych, za czem przemawiają badania Langheinricha[36]).

Wobec tego badanie siły tryptycznej w treści dwunastniczej tylko naczczo, nie może być miarą zdolności czynnościowej trzustki.

Po wlaniu do dwunastnicy rozczynu kwasu solnego średnia wartość siły tryptycznej w treści dwunastniczej wynosiła w moich badaniach 512 jednostek. Poniżej podaję w jakim odsetku badanych przypadków otrzymałem te lub inne wartości trypsyny po kwasie solnym.

Jednostki tryptyczne = 64, 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096, 8192,
% przyp. = 0%, 14%, 25%, 16%, 32%, 11%, 0%, 1%.

Natomiast wprowadzenie nierozcieńczonego wodą n/10 kwasu solnego dawało zazwyczaj niższe liczby dla trypsyny, niż otrzymywane naczczo.

Oznaczanie trypsyny, w treści dwunastniczej p o e t e r z e, daje zwiększoną ilość jednostek tryptycznych w stosunku do badania treści naczczo i po wlaniu kwasu solnego. Wartości średnie wynoszą tu 1024 jednostek i wahają się od 512 do 2048 co widać z poniższych liczb, wykazujących, w jakim odsetku przypadków otrzymywałem te lub inne wartości tryptyczne po eterze.

Jednostki tryptyczne = 64, 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096, 8192,
% przyp. = 0%, 7%, 6%, 26%, 30%, 22%, 7%, 2%.

Ponieważ przy stosowaniu powyższej próby brak zależności wydzielania trzustkowego od stanu kwaśności żołądkowej, przeto nabiera próba ta znaczenia dla przekonania się o sprawności wydzielniczej trzustki.

W równym, a nawet nieco wyższym stopniu niż eter, wpływa na zwiększenie siły tryptycznej treści dwunastniczej wprowadzenie do dwunastnicy 25% rozczynu siarczanu magnezowego. Liczby średnie wynoszą tyleż, co i po eterze, a więc 1024 jednostek, a wahania od 512 do 4096 jednostek.

Jednostki trypt. = 64, 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096, 8192.
% przyp. = 0%, 2%, 8%, 16%, 34%, 22%, 18%, 0%.

Właśnie po siarczanie magnezowym otrzymałem w treści dwunastniczej w 18% przypadków najwyższą ilość jednostek tryptycznych t. j. 4096, jako wyraz najsilniejszego zadziałania na trzustkę, a z drugiej strony świadectwo wysokiej sprawności gruczołu u badanej osoby.

W tych samych przypadkach wartości tryptyczne treści dwunastniczej naczczo utrzymywały się na dolnej granicy poziomu prawidłowego; oddziaływanie trzustki na wlewania do dwunastnicy rozczynu siarczanu magnezowego nie wykazuje zależności od stopnia kwaśności treści żołądkowej.

Działanie oliwy kamforowej z miętą, jako czynnika pobudzającego wydzielanie trzustkowe, jest prawie identyczne z działaniem eteru. Średnia wartość siły tryptycznej treści dwunastniczej wynosiła tu 1024 jednostek, a wahała się od 256 do 2048.

Jednostki trypt. = 64, 128, 256, 512, 1024, 2049, 4096,
% przyp. = 5%, 0%, 13%, 30%, 37%, 15%.

Przechodzę teraz do wyników, dotyczących zawartości lipazy w treści dwunastniczej. Otóż przekonałem się że wydzielanie lipazy nie stoi w żadnym stosunku do czynności wydzielniczej żołądka. U tego samego osobnika treść dwunastnicza, wzięta w różnym czasie, zawiera często różne ilości lipazy. Ta okoliczność nie zależy od wadliwości metody Bondiego, ponieważ próby kontrolne z tej samej porcji wykazują, jak już wyżej zaznaczyłem, jednakowe wartości. Częściowo zależy to od czasu zgłębnikowania (F r i e d r i c h[5]), a w znacznej mierze od domieszki żółci o różnym stopniu zagęszczenia (C h i r a y-L e b o n[23]). Zatem przemawiają moje badania, które świadczą, że w przypadkach z zupełną niedrożnością wspólnego przewodu żółciowego wartości lipazy naczczo prawie nie ulegają zmianie przy powtórnych zgłębnikowaniach i są zbliżone do średnich wartości tego zaczynu.

Po wlewaniach natomiast środków pobudzających wydzielniczą czynność trzustki, liczby wyrażające lipazę odpowiednio zwiększają się.

Pomimo braku żółci, tego aktywatora lipazy, ilości jej w dwóch naszych przypadkach z niedrożnością wspólnego przewodu żółciowego nie były zmniejszone.

Średnie wartości lipazy w treści dwunastniczej n a c z c z o wynosiły w moich przypadkach 20° z wahaniami od 8° do 35°.

W treści dwunastniczej, otrzymywanej po wprowadzeniu do dwunastnicy kwasu solnego, zawartość lipazy podnosiła się średnio do 26°.

Jeszcze wyższe średnice wartości lipazy otrzymywałem po wprowadzeniu do dwunastnicy e t e r u; wyrażają się one liczbą 30°. Zwiększenie to zależy od wzmożonego wydzielania lipazy przez trzustkę, ponieważ zagęszczanie żółci po eterze nie zdarza się, a żółć B (pęcherzykowa zjawia się po eterze tylko w rzadkich przypadkach. K a t s c h, F r i e d r i c h, L a n g a n k e również przypisują eterowi swoiste działanie na trzustkę. Jeszcze wyższe liczby lipazy otrzymywałem po wlewaniach do dwunastnicy rozczynu siarczanu magnezowego. To podnoszą też C h i r a y i L e b o n[23]), którzy w żółci B, po siarczanie magnezu,stwierdzali najwyższy stopień lipazy. Średnie wartości lipazy w treści dwunastniczej po wlaniu do dwunastnicy rozczynu s i a r c z a n u m a g n e z o w e g o wynosiły w moich badaniach 31°, a więc były wyższe, niż po innych środkach.

W treści dwunastniczej, zawierającej żółć pęcherzykową wartości lipazy są jeszcze wyższe, mianowicie 50°—70°.

O l i w a k a m f o r o w a z m i ę t ą również wybitnie wpływa na podniesienie siły lipolitycznej treści dwunastniczej. Liczby średnie po niej są wyższe, niż po eterze, mianowicie 30,8° a niższe, niż po siarczanie magnezu.

Oliwa kamforowa z miętą, wprowadzona do dwunastnicy, nie wywołuje wydzielania się żółci pęcherzykowej i daje wartość lipazy o nieznacznych odchyleniach od średniej (30,8°), a więc trzustka oddziaływa tu tak samo jak po eterze.

Równoległości pomiędzy wydzielaniem trypsyny a lipazy w moich badaniach stwierdzić nie mogłem.

Streszczając teraz otrzymane przezemnie wyniki, dochodzę do wniosku, że najsilniejszy wpływ na czynność wydzielniczą trzustki, odnośnie do trypsyny i lipazy, wywiera ze zbadanych przezemnie środków chemicznych, siarczan magnezu, słabiej działa eter i oliwa kamforowa z miętą, jeszcze słabiej kwas solny. Kwas solny, zależnie od swego stężenia, obniża ilość zaczynów lub zwiększa je.

Zestawiając teraz dane liczbowe, które otrzymałem dla obu zaczynów w treści dwunastniczej tak przed, jak i po wlewaniach płynów pobudzających wydzielniczą czynność trzustki, stwierdzić muszę, że w żadnym z naszych przypadków nie było braku zaczynów, ani też zupełnego równoczesnego obniżenia poniżej granic prawidłowych. W kilku przypadkach wartości te leżały w najniższych granicach stanu prawidłowego i dawały nieznaczny tylko odczyn na wprowadzenie ciał pobudzających.

Na 20 przypadków schorzeń przewlekłych pęcherzyka i dróg żółciowych, rozpoznanych klinicznie, tylko w jednym spostrzegaliśmy wyraźny zespół Katscha z bardzo wybitnem wychudnieniem. Siła tryptyczna oraz lipolityczna treści dwunastniczej naczczo utrzymywała się tu na wysokości liczb średnich. Zdolność odczynu wydzielniczego trzustki również nie była obniżona ani co do jednego, ani co do drugiego zaczynu.

W innym przypadku, z brakiem wolnego kwasu solnego po wycięciu pęcherzyka żółciowego u chorej z ogoniastkiem jelitowym *(lamblia intestinalis)* w treści dwunastniczej oraz z niewyraźnym zespołem Katscha, należało myśleć, sądząc z przebiegu klinicznego, o zajęciu sprawą chorobową trzustki. Badanie treści dwunastniczej co do zaczynów stwierdziło tu wyraźne obniżenie lipazy oraz wartość dla trypsyny najniższą z liczb uważanych za prawidłowe; wreszcie w tym przypadku zdolność odczynu trzustki na wlewania do dwunastnicy płynów pobudzających była bardzo upośledzoną.

W większości przypadków bezsoczności żołądkowej wartość dla trypsyny, mniej dla lipazy, były w treści dwunastniczej naczczo obniżone. Jednak w tych samych przypadkach trzustka doskonale oddziaływała na podniety.

Wynikałoby z tego, że wyciągać wnioski o schorzeniach trzustki na podstawie badania treści tylko naczczo, byłoby błędem.

Nie wdając się w niniejszej pracy w sprawę rozpoznawania schorzeń dróg żółciowych za pomocą badania treści dwunastniczej, która ma tu często doniosłe znaczenie rozpoznawcze, jak o tem niejednokrotnie mogliśmy się przekonać w klinice, dodam, że dla rozpoznawania siedziby *(carrefour)* nowotworów skrzyżowania wątrobowo-dwunastniczego, a w szczególności przebiegających z zespołem C o u r v o i s i e r a[37]) nowotworów trzustki, ma to badanie również rozstrzygające znaczenie.

Dla przykładu przytoczę, że w trzech naszych przypadkach badanie treści dwunastniczej pozwoliło nam rozpoznać w klinice nowotwór wspólnego przewodu żółciowego lub wątrobowego. Zabieg operacyjny, wykonany w 2 z tych przypadków, rozpoznanie to potwierdził.

Streszczając teraz swoje badanie, dochodzę do wniosków następujących:

1) Ilość treści dwunastniczej naczczo jest nieduża.

2) Najobfitsze wydzielanie soku trzustki wywołuje kwas solny, po nim idą oliwa kamforowa z miętą, dalej siarczan magnezu i wreszcie eter, który działa najsłabiej.

3) Eter oraz oliwa kamforowa z miętą nie wywołują opróżniania się pęcherzyka żółciowego.

4) Treść dwunastnicza naczczo jest najbardziej zasadową u osób z przekwaśnością soku żołądkowego.

5) Na zasadowość treści dwunastniczej największy wpływ wywiera kwas solny, wywołując znaczne jej zwiększenie się, mniej silnie ją zwiększa siarczan magnezowy, zwłaszcza zaś oliwa kamforowa z miętą i eter.

6) Ciężar właściwy treści dwunastniczej podnosi się nieraz bardzo wybitnie — po wlewaniach siarczanu magnezowego w zależności od domieszki samego rozczynu siarczanu, po innych natomiast środkach stosunkowo niewiele się podnosi.

7) Treść dwunastnicza naczczo u osób z prawidłowemi stosunkami wydzielniczemi w żołądku, zawiera średnio 512 jednostek tryptycznych i daje małe wahania; u osób z zaburzeniami wydzielniczemi żołądka zawartość trypsyny w dwunastnicy waha się w bardzo szerokich granicach.

8) Wlewanie do dwunastnicy roztworów kwasu solnego nie wywiera wybitnego wpływu na ilość jednostek tryptycznych, natomiast eter, siarczan magnezu i oliwa kamforowa z miętą prawie podwajają zawartość trypsyny.

9) Wahania zawartości lipazy w treści dwunastniczej zależą przedewszystkiem od jakościowej domieszki żółci; a więc czy z dwunastnicy wydobywa się żółć A, lub więcej stężona żółć B.

10) Zawartość lipazy najczęściej podnosi się po siarczanie magnezowym oraz oliwie kamforowej z miętą, słabiej po eterze, najmniej po kwasie solnym.

11) Metoda Bondiego oznaczania lipazy jest dostatecznie pewną.

12) Wartość trypsyny i lipazy w treści dwunastniczej naczczo nie są miarą czynności wydzielniczej trzustki.

13) Wyniki pewne daje tylko badanie porównawcze treści naczczo i po wlewaniach roztworów pobudzających czynność wydzielniczą trzustki.

14) Metoda Volhard Bołdiriewa, polecona do badań wydzielniczej czynności trzustki, ustępuje w znacznej mierze metodom badania, które stanowią treść niniejszej pracy.

15) Obok spostrzegania klinicznego badanie treści dwunastniczej jest najważniejszym środkiem rozpoznawczym w schorzeniach trzustki.

Piśmiennictwo.

1) Witold Orłowski: Rocznik Lekarski T. II. Nr. 1. 1910. — 2) Katsch: Verhandlungen d. 4 Tagung f. Verd. u. Stoff. 1924. — 3) Kraus u. Brugsch: Spec. Pathol. u. Therapie. — 4) Gross u. Guleke: Die Erkrank. d. Pankraes. 1924. — 5) Guleke: Verhandlungen d. 4 Tagung f. Verd. u. Stoff. 1924. — 6) Matthes: Lehrb. d. Diff-D-inner. Krankh. — 7) Strauss: Berl. Klin. W. Nr. 58. 1921. — 8) Ortner: Klin. Symptomat. der inner Krank: I. Teil. 9) W. Orłowski: Russkij wracz. Nr. 8. 1910. — 10) W. Orłowski: Russkij wracz. Nr. 2. 1911. — 11) Orłowski: Przegląd lekarski Nr. 11, 12, 13, 14. 1911. — 12) Friedrich, Strauss, Krieger: Verhandl. d. IV. Tag. 1924. — 13) Einhorn: Die Duodenalsonde 1924.— 14) J. Krieger: med. Klin. Nr. 14. 1922. — 15) L. Timbat: Les diarrhés chroniques. — 16) L. Friedrich: Med. Klin. Nr. 31. 32. 1922 — 17) Gaston Durand et Binet: Archiv. des maladies de l'appareil dig. 1923 T. XIII, Nr. 6. — 18) J. Krieger: Zeitschr. f. Klin. Med. 1921. — 19) Kahn: Klin. Woch. 1923 Nr. 15.— 20) Deloch: Arch. f. Verd. 1922. — 21) J. Krieger: Klin. Woch. Nr 13. 1924. — 22) Katsch u Friedrich: Klin. Woch. Nr. 3. 1922. — 23) Chiray et Lebon: Le tubage duodénal. — 24) Filiński: Polskie archiwum Med. Wewnętrznei. — 25) Langanke: Klin. Woch. Nr. 29. 1922. — 26) Holzknecht Lippman: Münch. Med. Woch. Nr. 39. 1924. — 27) Barsony u. Friedrich: Münch. Med. Woch. Nr. 14. 1924. — 28) Babkin: die äussere Sekretion. 1914. — 29) Glassner: Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. X. 1904.— 30) Wohlgemuth: Berl. Klin. Woch. Nr. 2. 1907. — 31) Wichert Dworietz: Arch. f. Verd. 1925. Nr. 3, 4. — 32) Chiray, Lebon, Millochevitch: Bull. de la Société méd. des Hop. Nr. 47. 1923. — 33) Katsch: Kl. Woch. Nr. 39. 1923. — 4) Chiray et Millochevitsch: Diagnostic et traitem. des malad. de la vesicule bilaire. 1924. — 35) Stepp Düttman: Klin. Woch. Nr. 34. 1924. — 36) Langheinrich: Münch. Med. Woch. Nr. 44. 1922. — 37) Chiray et Pavel: Pr. Med. Nr. 40. 1925.

Z PRAKTYKI.

Dr. Jan WYLEŻYŃSKI, kier. szpit. Sejmikowego. Końskie.

W sprawie immuno- i proteino-terapji.

Spostrzeżenia z praktyki szpitalnej.

Sprawa wartości leczniczej i wzajemnego stosunku immuno- i proteino-terapji nie przestaje być sporną.

Mamy ogłoszone bardzo dodatnie wyniki wakcyno-terapji, wznawia się sprawa zapobiegawczych szczepionek swoistych przeciw-płonicznych, a jednocześnie słyszymy glosy, odmawiające wszelkiej wartości immuno-terapji i twierdzenia, że wstrzykiwania mleka mogą zastąpić w zupełności każdą szczepionkę.

Wobec takiej rozbieżności zdań, sądzę, że notowanie spostrzeżeń z praktyki o działaniu propidonu i mleka, powinno być pożądane i może się przyczynić do wyjaśnienia tych spornych kwestji.

Stosowałem propidon u 103-ch chorych w szpitalu i u 8-miu w ambulatorjum szpitalnem, razem 111. Ponieważ w 6 przypadkach obserwacji z różnych powodów niezakończono, pozostaje 105, z których pragnę dać tutaj sprawozdanie. Ogólne rezultaty leczenia cyfrowo przedstawione są w załączonej tablicy.

Rozróżniam tutaj trzy typy dodatniego działania propidonu. W grupie I. umieściłem przypadki, w których przeważnie już po pierwszej injekcji widoczna była bardzo znaczna poprawa, albo nawet zupełne wyleczenie, przytem w niektórych razach nie stosowano żadnego innego leczenia, ani też zabiegu operacyjnego. Tutaj również odnoszę przypadki, w których propidon działał wybitnie zapobiegawczo. Działanie w tej grupie określam jako swoiste, nie dające się wcale porównać z jakimkolwiek innym sposobem leczenia miejscowych spraw zapalnych.

Do grupy II. — (działanie dobre) — należą te przypadki, kiedy działanie propidonu było powolniejsze, po 3-ch zastrzykach jednak bardzo wyraźnie dodatnie i również nie dające się zastąpić jakiemkolwiek innem leczeniem.

W grupie III. — (działanie dodatnie, mierne) — umieściłem te przypadki, gdzie zastrzyki propidonu powtarzane wielokrotnie, dawały poprawę powolną, dopomagały leczeniu, jednak nie można było przypisać im decydującego wpływu na przebieg choroby.

Ilość przypadków	Rodzaj choroby	Działanie propidonu: I. Bardzo dobre swoiste	II. Dobre	III. Dodatnie mierne	IV. Bez rezultatu
30	Ropowica	7	16	7	—
17	Zakażenia miejscowe przyranne	7	7	3	—
2	Ropowica gruczołów chłonnych nie gruźliczych	—	2	—	—
5	Ropowica gruczołów skrofuliczna (gruźlicza ?)	—	3	—	2
6	Ropnie zimne	1	1	—	4
6	Gruźlica kości	—	—	1	5
3	Zapalenie kości niegruźl.	—	1	1	1
2	Zapalenie szpiku kostnego ostre	—	—	2	—
3	Zapalenie stawów nie gruźliczne	1	1	1	—
1	Zapalenie stawów gruźl.	—	—	—	1
3	Wrzody gruźliczne	—	—	1	2
3	Ropnica (Pyaemia)	2	1	—	—
2	Posocznica (septicaemia)	—	—	—	2
1	Wąglik	—	—	—	1
5	Róża	1	4	—	—
3	Zapalenie opłucnej ropne	2	—	1	—
1	Zapalenie gruczołu piersiowego	1	—	—	—
2	Zapalenie wyrostka sutkowego kości skroniowej (Mastoiditis)	1	—	1	—
4	Czyrak zborny (carbunculus)	3	—	—	1
2	Zapalenie języka	—	2	—	—
2	Ropień pozagardłowy	—	2	—	—
1	Zapalenie ropne oczu	—	1	—	—
1	Zapalenie przymacicza	—	1	—	—
105	Razem	26	42	18	19

W przypadkach grupy IV. — zastrzyki propidonu nie dały wcale żadnego wyniku.

Cyfry podane na załączonej tablicy wskazują, że najlepiej działa propidon przy ropowicach i zakażeniach przyrannych, najmniej zaś lub wcale nie przy gruźlicy, zwłaszcza kostnej. Próbowałem jednak stosować propidon w sprawach gruźliczych, zachęcony dobrym wynikiem w paru przypadkach adenitis scrophulosa, oraz w dwóch przypadkach ropni zimnych.

Żadnego rezultatu nie dał propidon w dwóch przypadkach posocznicy popołogowej i w jednym przypadku wąglika (*antrax*).

Poza tem rezultaty otrzymano mniej lub więcej dodatnie. W dwóch przypadkach zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis*) stwierdzono zmniejszenie ropienia, jednak nie było tak wybitnego (swoistego) działania, jak w innych sprawach ropnych.

Ujemnego wpływu propidonu, ani jakichkolwiek powikłań miejscowych czy ogólnych po jego zastosowaniu, ani razu nie spostrzegłem. W jednym tylko przypadku czyraka zbornego na plecach, pomimo dwóch zastrzyków propidonu (jeden zrobiony przeze mnie, drugi przez felczera ambulatoryjnie) nie tylko nie otrzyma-

liśmy dodatniego wyniku, ale chora zmarła, przy objawach dwustronnego zapalenia płuc. Niema żadnych powodów mniemać, aby to powikłanie i zejście śmiertelne miały jakiś związek z zastosowaniem propidonu.

Odczyn po zastrzyku bardzo rzadko wywoływał skargi chorego. Bywały dreszcze, ciepłota podnosiła się najwyżej do 39·5°, w dniu zastrzyku; na drugi dzień objawy te już nie występowały. Miejscowy odczyn — bolesność, szybko przemijająca.

Wstrzykiwania były robione z reguły domięśniowo w pośladek, w 2-ch miejscach. Wyjątkowo wstrzykiwano propidon pod skórę w innych miejscach, jeżeli okolica pośladków z jakiegokolwiek powodu była niedogodna do zastrzyknięcia.

Dawki stosowałem według przepisu firmy, powtarzając zastrzyki co trzeci dzień (dwa dni przerwy), a w niektórych przypadkach co drugi dzień (1 dzień przerwy).

Dla charakterystyki swoistego działania propidonu muszę przytoczyć krótki opis kilku wybitniejszych przypadków.

1) S. Z., l. 23., robotnik. 31. X. — 8. XII. 1923 r. Przybył do szpitala po dwutygodniowem leczeniu w ambulatorjum Kasy chorych. Ropowica lewego boku po skaleczeniu drutem pod lewą pachą. Stan ogólny ciężki, ciepłota waha się około 39,0. Pomimo szerokich nacięć dla odpływu ropy, które robiono w szpitalu kilkakrotnie, proces zapalny szerzył się, ropa wydzielała się w olbrzymiej ilości. Na 9-ty dzień po przybyciu do szpitala wstrzyknięto propidon. Po tem jednem wstrzyknięciu ropienie odrazu ustało i nastąpiło bardzo szybkie gojenie. Ten przypadek, jeden z pierwszych, zastosowania propidonu w szpitalu, wzbudził podziw samego chorego i personelu pomocniczego, asystującego przy opatrunkach.

2) S. Z., l. 27., stelmach. 10. XI. 1923. r. — 13. III. 1924 r. Chory od dwóch miesięcy. Ropne zapalenie opłucnej, stan bardzo ciężki. Po operacji narazie polepszenie, następnie po 4-ch dniach *febris hectica*, stan ogólny zły, wydzielina cuchnącej ropy bardzo obfita. Na 13-ty dzień po operacji pierwsze wstrzyknięcie propidonu. Już na 3-ci dzień widoczne zmniejszenie ropienia. Z powodu braku na miejscu preparatu następne wstrzyknięcie dopiero na 9-ty dzień po pierwszem. W międzyczasie ropienie zmniejszyło się, stan ogólny poprawił się; przy jednym z opatrunków wydzielił się z rany kawał zmartwiałej tkanki płucnej. Po 2-ch następnych zastrzykach propidonu nastąpiło szybkie gojenie, wydzielił się jeszcze jeden kawał płuca, ropa bez zapachu. Chory wyzdrowiał.

Również znakomite działanie propidonu przy gojeniu ropnego zapalenia opłucnej po operacji, zaobserwowałem u dziecka 2-letniego, operowanego i leczonego ambulatoryjnie. Atoniczna rana operacyjna po wstrzykiwaniach propidonu bardzo szybko się zagoiła.

3) J. M., lat 60, cieśla. 17. X. — 17. XII. 1923 r. Czyrak zborny na mosznie. Stan ogólny ciężki. Po 3-ch zastrzykach propidonu bardzo szybkie gojenie bez żadnego zabiegu operacyjnego. Widoczna poprawa była już po 1-szem wstrzyknięciu. W drugim przypadku czyraka zbornego w szpitalu i 3-cim ambulatoryjnym również nastąpiło wyleczenie bez zabiegu operacyjnego.

4) A. Z., l. 49., woźny gimnazjum. 5. III. — 12. IV. 1924 r. Ropień zimny pod mięśniem piersiowym wielkim. Leczony ambulatoryjnie w ciągu paru miesięcy przed przybyciem do szpitala nakłuciami i wstrzykiwaniami do jamy ropnia rozczynów jodowych i zawiesiny jodoformowej bez rezultatu. W szpitalu szerokie nacięcie i dren. Na razie stan bezgorączkowy, później ciepłota podniesiona. W ciągu miesiąca leczenia w szpitalu wydzielina ropy obfita bez zmiany. Po 1-szem wstrzyknięciu propidonu ropienie odrazu się zmniejszyło, po 2-gim ustało zupełnie. Trzeci zastrzyk okazał się zbędny. Chory wypisał się z małą przetoka dla leczenia ambulatoryjnego. Przetoka ta nie goiła się długo, jednak wydzielina z niej była całkiem nieznaczna. W czerwcu tegoż roku chory ten przebył w szpitalu bardzo ciężki dur brzuszny, zakończony wyzdrowieniem. Następnie leczył się jeszcze ambulatoryjnie z powodu nacieczenia bolesnego w okolicy dolnych żeber po tejże stronie lewej, gdzie miał wyżej opisany ropień. Nacieczenie to po 3-ch zastrzykach propidonu i zastosowaniu zewnętrznem jodvasoyenu znikło. Chory znajduje się pod obserwacją dotychczas, jest zdrów.

Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę ze względu na to, że zimny ropień jest zawsze podejrzany na gruźlicę, jednak innych objawów gruźlicy u chorego niema i należy przypuszczać, że ten ropień nie był natury gruźliczej, ponieważ w innych przypadkach zimnych ropni gruźliczych wstrzykiwania propidonu nie dały żadnego rezultatu.

5) J. P., l. 25., rolnik. 22. XI. 1924. r. — 7. I. 1925 r. Złamanie powikłane obu goleni, wskutek przejechania kołami samochodu.

Na drugi dzień po przypadku stwierdzono w szpitalu bardzo znaczny obrzęk lewej goleni, nacieczenie zapalne, z rany, w której widać kość obnażoną, wydziela się brudnawa ciecz. Ciepłota 38.5°. Kolega lekarz, który przyjął chorego w zastępstwie mojem, zdecydował amputację. Z wykonaniem jej czekał na mój powrót z kilkudniowej podróży. Po przyjeździe moim, w 5-tym dniu pobytu chorego w szpitalu, wstrzyknąłem pierwszy raz propidon. Już na 3-ci dzień stwierdziliśmy zmniejszenie objawów zapalnych, a po następnych 2-ch zastrzykach objawy zapalne znikły. Obie nogi, potrzaskane na kilka kawałków wygoiły się w opatrunku szynowym zupełnie dobrze, chory wyzdrowiał i powrócił do zwykłej pracy. Ostatnio w listopadzie b. r. widzieliśmy go na procesie sądowym, w którym stawał jako poszkodowany przez nieuważnego szofera.

W tym przypadku stwierdza się wybitne działanie propidonu przeciwzapalne zapobiegawcze — uratowanie kończyny, albo nawet obu.

Oprócz wyżej opisanego, miałem jeszcze dwa podobne przypadki, gdzie uniknęliśmy amputacji i chorzy wyzdrowieli zupełnie.

6) S. S., l. 25., żona cieśli. 15. IV. — 25. IV. 1925 r. Ropowica ramienia. Nacieczenie zapalne trwające przed przybyciem do szpitala 3 tygodnie, po 3-ch zastrykach propidonu znikło zupełnie, bez żadnego zabiegu operacyjnego.

7) Dwa przypadki ropnicy trwające po kilka tygodni u dzieci w wieku ½ — 1 rok leczone ambulatoryjnie. Już po 1-szym zastrzyku znakomita poprawa, po 3-cim zupełne wyleczenie bez żadnych zabiegów operacyjnych. Również u dziecka ½ rocznego zapalny obrzęk moszny znikł zupełnie po 2-ch zastrzykach propidonu.

We wszystkich wyżej przytoczonych przypadkach bez zabiegów operacyjnych nie stosowano żadnego innego leczenia, oprócz okładów z płynu Burowa.

O ile z niewielu przypadków można wnioskować propidon szczególnie dobrze działa u niemowląt i wogóle u małych dzieci. Odczyn jako w przypadkach ambulatoryjnych nie zaobserwowany dokładnie, jednak matki nie zgłaszały żadnych skarg.

Tak znakomite działanie propidonu niestety spostrzega się w mniejszości przypadków. Zdaje się jednak nie ulega wątpliwości, że w tych przypadkach jest to działanie swoiste, którego w żadnym razie nie można sprowadzić do działania li tylko obcego białka, wprowadzonego zresztą w ilości niewielkiej, najwięcej 4 cm. naraz. Być może, że w III. grupie spostrzeganych przypadków gdzie działanie dodatnie otrzymaliśmy dopiero po wielokrotnych zastrzykach, równa się ono — działaniu proteiny.

To też obecnie, o ile po pierwszych zastrzykach propidonu nie otrzymuję wyraźnych oznak szybkiej poprawy, przechodzę do zastrzykiwań mleka, które przy dłuższem stosowaniu działają jakoby dodatnio, chociaż nigdy nie dają takich wyników jak propidon.

Działanie ich jest wcale odmienne od swoistego działania propidonu. Nie zauważyłem ani razu tak wybitnego działania mleka na sprawy ropne, jakie daje propidon. W sprawach gruźliczych zastrzyki mleka również jak i propidonu nie dają żadnego wyniku, albo bardzo nieznaczny. Natomiast w jednym ciężkim przypadku ostrego reumatyzmu stawowego, w którym salicylaty działały tylko czasowo i chory trzy razy powracał do szpitala z nawrotem ostrego zapalenia wszystkich stawów, zastrzyki mleka stosowane w ciągu 2-ch miesięcy spowodowały trwałe wyleczenie. Chory, robotnik, pracuje już pół roku i nie ma nawrotów choroby. Również bardzo dodatnie wyniki po zastrzykach mleka otrzymałem w dwóch przypadkach łuszczycy *(psoriasis)* całego ciała, leczonych dłuższy czas poprzednio arszenikiem i różnemi środkami zewnętrznemi bezskutecznie. W 3-cim jednak przypadku łuszczycy, który mam obecnie w leczeniu — 12 zastrzyków mleka nie dało żadnego rezultatu. W kilku przypadkach reumatyzmu przewlekłego zastrzyki mleka dały również jakoby dodatnie rezultaty.

Miejscowe powikłania po zastrzykach mleka obserwowałem w dwóch przypadkach. W jednym, po zastrzyknięciu przez felczera w praktyce prywatnej *Lactosteril klawe* u chorej na dnę, utworzył się na pośladku czyrak zborny ogromnych rozmiarów, który wypadło mi leczyć chirurgicznie. W drugim — lekarz ambulatorjum Kasy chorych zastrzyknął w pośladek z powodu ropowicy policzka, 5 cm gotowanego mleka; utworzył się na miejscu zastrzyku duży ropień, operowany przezemnie w szpitalu. Następne zastrzyki propidonu przyśpieszyły zupełne wyleczenie tego chorego z obu jego cierpień.

Zastrzyki mleka wykonywane w szpitalu i ambulatorjum tutejszem nie dały ani razu podobnych powikłań).

Oceniając działanie propidonu, należy przedewszystkiem nie zapominać, że propidon nie jest lekiem, ale szczepionką. Immunoterapja czynna może dać wówczas tylko dobre rezultaty, jeżeli organizm jest zdolny odpowiednio oddziaływać.

Powodzenie tego leczenia w wieku wczesnego dzieciństwa prawdopodobnie zależy od większej zdolności dziecięcego organizmu do właściwego odczynu. W wieku dojrzałym różnice lat już jak się zdaje, nie mają wielkiego znaczenia. Mieliśmy doskonałe wyniki zarówno u osób młodszych, około 20-stu lat, jak w wieku lat 50—60.

Dalej, propidon jest szczepionką mieszaną. Jest to jednocześnie jego wadą i zaletą. Bez wątpienia lepiej musi działać wakcyna hemologiczna, względnie autowakcyna, ale w naszych warunkach nie tylko lekarz-praktyk na prowincji, ale i szpital prowincjonalny nie może mieć jej na zawołanie. Nie mając pod ręką pracowni bakterjologicznej, nie możemy nawet wiedzieć, czy w danym przypadku mamy do czynienia z gronkowcem, czy paciorkowcem, więc stosowanie jednowartościowej szczepionki, tembardziej może nas zawodzić. Zatem wielowartościowość szczepionki Delbeta jest jednocześnie jej zaletą dla praktycznych celów, bo stosując ją, możemy walczyć z różnemi rodzajami zakażenia. Oczywiście, że najlepiej i swoiście propidon będzie działać wtedy, gdy wchodzą w grę te trzy gatunki drobnoustrojów, które on za-

wiera. Biorąc zaś pod uwagę rozmaitość rodzajów paciorkowców, nie możemy się dziwić, jeżeli propidon nie okaże działania, gdy chorobę wywołuje inny rodzaj paciorkowca, niż zawarty w szczepionce.

Zachodzi tu analogja ze sprawą szczepień i surowic przeciwpłoniczych.

Sprawa swoistości paciorkowca płonicznego, a co zatem idzie, racjonalności szczepionek ochronnych przeciwpłonicznych i surowicy leczniczej, ma jak wiadomo swoją, dłuższą już historję. W r. 1911 stosowałem szczepionki przeciwpłoniczne Gabryczewskiego i podając wyniki swoich spostrzeżeń w ówczesnej Gazecie lekarskiej (warszawskiej) Nr. 22. z 1911 r., spotkałem się z surową krytyką. Twierdziłem jednak, na podstawie obserwacji praktycznych, że zarówno szczepionki jak i surowica swoista przeciwpłonicza (Moser'a) istnieją i są skuteczne. Badania najnowsze (Dick'ów) dowodzą znowu swoistości paciorkowca płonicznego i szczepionki w nieco odmiennej formie stosowane są na większą skalę. Spostrzeżenia praktyczne wskazują, że sposób przyrządzenia surowicy przeciwpłoniczej i oczywiście rodzaj paciorkowców, wziętych jako podstawa — decydująco wpływa na jej wartość leczniczą. Należy mniemać, że to samo się dzieje i ze szczepionką Delbet'a.

Nawiasowo stwierdzam, że propidon w 1923 roku dawał w mojej praktyce częściej lepsze wyniki, niż w latach ostatnich.

Czasowe niepowodzenia wakcyno- i sero-terapji w poszczególnych przypadkach nie mogą wcale wstrząsać zasady swoistego leczenia. Wreszcie biorąc rzeczy praktycznie, nawet najwięksi zwolennicy proteino-terapji nie proponują zastąpić mlekiem surowicy przeciwbłoniczej. Tak samo byłoby grzechem zapoznawać szczepionkę Delbet'a, która może uchronić chorego od kalectwa, a nawet zejścia śmiertelnego. Chciałbym szczególnie podkreślić wartość tej szczepionki jako środka leczniczego i zapobiegawczego dla lekarza praktyka, w warunkach wiejskich, w oddaleniu od klinik i szpitali, wspomaganych pracowniami bakterjologicznemi.

Streszczam się w następujących wnioskach:

1) Wstrzykiwania propidonu nie szkodzą: nie wywołują ani niezwłocznie po zastosowaniu, ani następczo żadnych powikłań. Oddziaływanie ogólne gorączkowe i miejscowe trwa krótko i nie jest nawet subjektywnie, zbyt przykre.

2) Są przypadki spraw ropnych — mniejszość — w których propidon działa swoiście. Działanie to nie może się wcale równać z działaniem proteinoterapji. Szczególnie wyraźne jest swoiste działanie u dzieci — niemowląt.

3) W większości przypadków spraw ropnych propidon działa, jeżeli nie swoiście, to dodatnio, nie wykluczając nawet ropni zimnych, podejrzanych o gruźlicę.

4) Wobec tego, wskazaniem dla propidonu jest każda sprawa ropna, a nawet wogóle sprawa zapalna. Bardzo wskazanem jest stosowanie propidonu zapobiegawcze przy urazach, podejrzanych o zakażenie.

Przeciwwskazań dla stosowania propidonu niema. W sprawach gruźliczych, daleko posuniętych, wyników dodatnich nie otrzymuje się, jednak i w tych przypadkach pogorszenia niema.

5) Pytanie, dlaczego propidon działa swoiście tylko w mniejszości przypadków, powinno być przedmiotem dalszych obserwacyj klinicznych i badań laboratoryjnych.

6) Proteinoterapja ma swój zakres działania, który nie kryje się wcale z zakresem działania immuno-terapji.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Docent Dr. Wiktor REIS. Lwów.

O rozpoznaniu różniczkowem jaglicy w przebiegu wieków.

Dokończenie.

Wszystkim tym badaniom biologicznym przeświecała myśl zużytkowania metod biologicznych dla rozpoznania różniczkowego jaglicy. W roku bieżącym wspomniany już badacz rumuński V a n c e a wraca do badań nad odchyleniem dopełniacza nawiązując w dalszym ciągu do pracy ogłoszonej przed dwoma laty przez Sgrossa. Jako antygenu używał V a n c e a wyciągu z migdałków i wyrośli gruczołowatych usuniętych drogą operacyjną i zastosował tę metodę u 48 trachomatyków. Wyniki doświadczeń były następujące:

odczyn wiązania dopełniacza był dodatnim tylko u chorych ze starą jaglicą i to w słabym odsetku. (12.5%). Ponadto odczyn w ten sposób wykonany był także dodatni u chorych kiłowych, nie wykazujących najmniejszych śladów schorzenia jagliczego. Już więc z tego względu ten odczyn biologiczny nie mógłby być zastosowany przy rozpoznaniu różniczkowem jaglicy.

Mimo tych prób ujemnych, usiłowania stworzenia na drodze biologicznej wartościowego kryterjum dla rozpoznania różniczkowego jaglicy trwają w dalszym ciągu. T r i c o i r e zachęcony powodzeniem, jakiem się cieszy znana i powszechnie stosowana metoda Pirqueta dla rozpoznania wczesnych okresów gruźlicy, przedsięwziął w r. 1923 próbę zastosowania odczynu skórnego dla wczesnego rozpoznawania jaglicy. Jako diagnosticum posługiwał się Tricoire wyciągiem ziaren jagliczych, otrzymanym przez rozpłocie 37°. Do 10 cm³ dodawał następnie dwie krople nalewki jodotarcie ziaren w fizjologicznym roztworze soli i namoczenie w cieplowej. Dawka dla zastrzyku wynosiła 1,4 cm³. W przypadkach z odczynem dodatnim występował po 48 godzinach bezbolesny, czerwony guzek, utrzymujący się 2—3 dni. Dotychczas zastosował autor tę metodę w 6 przypadkach: w 3 przypadkach pewnej jaglicy wypadł odczyn dodatnio, w 1 z podejrzanych i w nieżycie zwykłym ujemnie. Autor sam uprasza o kontrolę swych spostrzeżeń. Praca streszczona dopiero w marcu u. r. — badań kontrolnych jeszcze brak. Z góry jednakże przewidzieć można, że metoda ta nie rokuje wielkich nadziei. Wszak do metody Pirqueta nie używa się roztartej tkanki gruźliczej lecz wyciągu otrzymanego z czystej hodowli prątków gruźliczych. A pozatem szczepienie osób drugich materjałem tkankowym z osobnika chorego na jaglicę nie wyklucza przeniesienia na szczepionych także innych ogólnych schorzeń ustroju, które u osobnika, z którego wzięto materjał do szczepień, mogą się znajdować w stanie ukrytym.

Jak z tego przeglądu poznać mogliśmy, są badania teoretyczne nad wyjaśnieniem istoty jaglicy i nad jej rozpoznaniem różniczkowem przeważnie odzwierciedleniem metod badania stosowanych już od dawna w medycynie ogólnej. Raz jeszcze zaznacza się tutaj ścisły związek, jaki istnieje między tak wybitną specjalnością, jaką jest okulistyka i całokształtem wiedzy lekarskiej.

Dlatego też — jak to już na I. zjeździe okulistów polskich zaznaczyłem — koniecznem by było stworzenie także i w Polsce **„Instytutu do badań nad etjologją i leczeniem jaglicy"**, gdzieby najnowsze zdobycze patologji ogólnej mogły być zastosowane do badań nad właściwą istotą jaglicy.

W innych krajach myśl ta przybrała już realne kształty. We Francji istnieje osobny dział Instytutu Pasteura z N i c o l l e m na czele, który w Tunisie prowadzi doświadczalne badania nad jaglicą, a od roku wychodzi nawet czasopismo p. t. „Revue du Trachome", kwartalnik, który pomieszcza nietylko wyniki badań teoretycznych, ale także rezultaty walki z jaglicą, prowadzonej przeważnie na terenie afrykańskim.

Także w Kairze — jak z artykułu starego F u c h s a z ubiegłego roku się dowiedziałem — budują przy jednym z największych szpitali ocznych gmach specjalnie przeznaczony dla badań naukowych nad chorobami ocznemi, w szczególności nad jaglicą, w którym także i zagraniczni badacze będą mogli otrzymać miejsce do pracy.

Na chwil kilka zboczyłem od właściwego tematu.

Powracam więc znów do rozpoznania różniczkowego i stwierdzić muszę, że mimo zastosowania całego aparatu naukowego, jakim rozporządza nowoczesna wiedza lekarska, rozpoznanie wczesne jaglicy należy do zagadnień najtrudniejszych.

Ani anatomja patologiczna, ani bakterjologja, ani też nauka o odporności z anafilaksją nie były dotychczas w stanie dostarczyć pewnych danych, na których by można oprzeć wczesne rozpoznanie różniczkowe jaglicy. Słusznie też powiada M o r a x w okulistycznej encyklopedji francuskiej, że „dans l'etat actuel, le diagnostic de la conjonctivite granuleuse me parait être un de plus délicats en matière de pathologie conjonctivale".

Musimy więc narazie zrezygnować z tych pomocniczych środków, które w innych działach medycyny tak szerokie mają zastosowanie i wrócić do najbardziej przyjętego sposobu badania, jakiem jest **badanie kliniczne.** I w tym dziale istnieją ciągłe usiłowania, by temu lub innemu szczegółowi zaobserwowanemu nadać jakieś znaczenie charakterystyczne dla rozpoznania różniczkowego jaglicy, by módz właśnie we wczesnym okresie, bez uciekania się do sprzymierzeńców jak obserwacja i czas, rozpoznanie wczesne jaglicy uczynić pewnem.

Najbardziej charakterystycznym dla jaglicy obrazem klinicznym jest postać przewlekła jaglicy. Postacie ostre należą do rzadkości i tu rozpoznanie różniczkowe musi się nadal ograniczyć do wyczekiwania i do zejścia sprawy zapalnej. W postaciach zaś przewlekłych dane rozpoznawcze dla wczesnego okresu jaglicy są bardzo trudne do uchwycenia, zwłaszcza gdy chodzi o szybkie rozstrzygnięcie czy mamy tu z jaglicą, czy nieżytem mieszkowym do czynienia.

Przed laty kilkudziesięciu rozprawy na temat powyższy nie schodziły z porządku dziennego, zwłaszcza gdy szło o zajęcie zasadniczego stanowiska, czy w sprawie jaglicy należeć do unitarystów czy do dualistów. Byli bowiem tacy, którzy twierdzili, że *conjunctivitis follicularis a trachoma* to jedna i ta sama postać chorobowa, różniąca się tylko nasileniem choroby. Dziś liczba unitarystów całkowicie zmalała — wiadomem jest, że mieszek czy grudka w utkaniu gruczołowatem spojówki powstać może w następstwie bodźców różnorodnych, a pogląd dualistyczny jest panujący.

Jakież są **elementy rozpoznania różniczkowego** w jednej lub drugiej chorobie? Jak zobaczymy są to elementy wspólne, w których anatomja patologiczna nie może się dopatrzeć zasadniczych różnic, a o których rozstrzyga narazie ich wygląd kliniczny.

A więc przedewszystkiem ziarna.

Mogą być większe lub mniejsze, twarde lub miękkie, wystające ponad powierzchnię spojówki lub w niej ukryte, o zabarwieniu czerwonem, żółto-czerwonem lub szarawem, o powłoczce

zmętniałej lub przeźroczystej, podobne do ziaren ugotowanego saga lub skrzepu żabiego.

A dalej umiejscowienie ziaren — w dolnej lub górnej spojówce powiekowej, w kątach powiekowych, w dolnym lub górnym załamku spojówkowym. A także sposób rozmieszczenia pewną odgrywa rolę — ziarna pojedyncze, wolno rozrzucone, zbite w kępki: znanem jest określenie ułożenia ziaren w formie różańca w spojówce dolnej powieki. W r. 1921 podał Michail dalszy przyczynek dla charakterystycznego rozmieszczenia ziaren przy jaglicy. Autor ten zauważył, że w początkowym okresie jaglicy, ziarna jaglicze mają swą siedzibę w górnym i dolnym worku spojówkowym i są rozmieszczone w postaci półkola, odpowiadającego w zupełności rozmieszczeniu anatomicznemu dodatkowych gruczołów Krausego. Wytworzone mieszki tworzą dwa półkola, schodzące się w kącie zewnętrznym oka. Znamiennem ma być zachowanie się górnego załamka, gdzie może już wystąpić podwójny lub potrójny szereg mieszków, podczas gdy w dolnym załamku mogą być tylko zawiązki. Przy dalszym rozwoju jaglicy mają się pojawiać mieszki także poza granicami zakreślonemi w początkach.

Elschnig w artykule umieszczonym w roku bieżącym w czasopiśmie okulistycznem kładzie główny nacisk przy rozpoznaniu różniczkowem na lokalizację ziaren, przyczem zaznacza, że fałd okrężny spojówki (tz. Zirkularfalte) stanowi miejsce wybiórcze dla umiejscowienia się ziaren jagliczych.

Dimmer omawiając w r. 1922 diagnostyczne trudności w okulistyce zastanawia się także nad trudnościami rozpoznawczemi przy jaglicy.

A niedawno we wspomnianem właśnie czasopiśmie poświęconem jaglicy zastanawia się Morax nad trudnościami, jakie napotyka klinicysta przy rozpoznaniu różniczkowem schorzeń spojówki o typie mieszkowym.

Według Moraxa dwie zasadnicze właściwości cechują mieszek jagliczy: jedna cecha niestała, występująca tylko przy mieszkach większych, polegająca na tem, że mieszek taki łatwo daje się opróżnić ze swej zawartości, druga cecha — przy wczesnem rozpoznaniu nie mająca zastosowania — to fakt, że każdy mieszek jagliczy pozostawia w swym końcowym okresie rozwojowym bliznę w spojówce.

Czy w rzeczywistości jednak te dane kliniczne mogą w każdym przypadku w rozpoznaniu nas upewnić? Czy nie musimy w skrusze przyznać, że nieraz mimo wszystko musimy sprawę rozpoznania różniczkowego jaglicy zostawić w zawieszeniu?

Jako odpowiedź niech posłuży zapatrywanie Szilyego, który w swych rozprawach o rozpoznawczych i leczniczych pomyłkach, wydanych w r. 1924, osobny rozdział poświęca diagnostyce różniczkowej między nieżytem mieszkowym, a jaglicą i kończy swą pracę oświadczeniem, że przecież „czysto kliniczne odróżnienie — bez oczekiwania dalszego przebiegu — pod pewnemi warunkami stać się może wprost niemożliwem".

Wobec takiego orzeczenia nie powinno Państwa zadziwić, że podczas wojny światowej jeden z lekarzy węgierskich (Blatt) w poważnem czasopiśmie okulistycznem zalecał w r. 1918 stosowanie metody prowokacyjnej przy podejrzanych o jaglicę zapalnych schorzeniach spojówki. Metoda ta polegała na wkraplaniu 3% rozczynu azotanu srebra do worka spojówkowego bez następowego spłukania. Po 12 godzinach następywało złuszczenie się przybłonka, rozpulchnienie tkanki adenoidalnej, tak, że ukryte ziarna występowały na powierzchnię i w ten sposób rozpoznanie miało być ułatwionem.

Autor zapewniał, że więcej niż w połowie przypadków w ten sposób badanych mógł uczynić pewne rozpoznanie jaglicy w przypadkach wątpliwych.

Koniec wojny położył kres tej metodzie rozpoznawczej, gdyż wzmianki późniejszej w czasopismach o tej metodzie nie znalazłem, mimo, że rozpoznanie różniczkowe jaglicy nie przestało być zagadnieniem aktualnem, zagadnieniem dotychczas jeszcze nie rozwiązanem.

Dziwić się też nie należy, jeżeli niektórzy z okulistów zniechęceni tą bezowocnością badań nad etjologią jaglicy, popadają w tę ostateczność, że negują zupełnie pojęcie jaglicy, jako odrebnej jednostki chorobowej. Wśród okulistów polskich Kramsztyk jeszcze w r. 1911 na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie żądał, by wogóle z patologji ocznej usunąć wyraz „trachoma" wyraz, „który może nieraz szkodzić jak człowiek złośliwy", a dalej by „zaniechać tak uporczywych, choć wciąż zawodzących poszukiwań specyficznego zarazka jaglicy, utworzyć nową nomenklaturę i klasyfikację chorób spojówki, obmyśleć ściślejszą metodę badania chorób tak przewlekłych i bezstronnym umysłem prowadzić te badania — przyczynę tak rozmaitego przebiegu szukać raczej w różnych własnościach organizmu, w odmiennych warunkach życia, nie zaś w przypuszczalnej specyficznej, a urojonej bakterji".

A później w r. 1918 także Szafnicki — opierając się na fakcie, że jagiełka (mieszek lub ziarno) jest cechą charakterystyczną każdego zapalenia przewlekłego także na innych błonach śluzowych, przedkłada nowy podział chorób spojówkowych, w którymby w miejsce nazwy jaglica wprowadzone było określenie: „zapalenie spojówki ziarniste zakaźne" w odróżnieniu od niezakaźnych chorób spojówki, połączonych również z tworzeniem się jagiełek.

A nie dalej jak w roku ubiegłym umieścił badacz francuski Millet w rocznikach okulistycznych ciekawe uwagi na temat jaglicy. Opierając się na badaniach Nicolle'a, Cuenoda i Truca doszedł Millet do wniosku, że wobec braku jakichkolwiek swoistych danych z bakterjologji, histologji i wyglądu klinicznego jaglica jako odrębna postać nie istnieje, jest to tylko zbiór objawów i nic więcej. Przytaczam dosłownie według Truca: „il n'existe aucun signe pathognomonique, clinique ni aucune lesion specifique histologique, corpusculaire ou microbienne: c'est un syndrome et voila tout".

Jak Państwo widzicie, cały gmach teoretycznych dociekań i klinicznych spostrzeżeń nie stworzył nam żadnej teoretycznej podstawy, na której możnaby oprzeć pewne wczesne rozpoznanie jaglicy. Przyznać musimy, że nie wiemy, jak właściwie w samych początkach, wtedy gdy wyróżnienie jaglicy od innych nieżytów spojówki mogłoby mieć doniosłe znaczenie, przedstawia się nam ta zagadkowa postać chorobowa. Lecz to także zaznaczyć musimy, że nie wiemy również, czy w rzeczywistości nad problematem jaglicy zawisło znane Du Bois-Reymondowskie „Ignorabimus".

Między dociekaniami teoretycznej natury, a życiem praktycznem istnieje ogromny przedział. Życie ma swe własne prawa, nie znosi żadnych powątpiewań, a pragnie mieć tylko jasne wskazówki dla praktycznego działania.

Pozwolą też Państwo, że dla przejścia z tych czysto spekulatywnych dociekań na teren praktyczny użyję tutaj porównania.

Bardzo dawno już temu czytałem popularną historję filozofji. Nazwiska autora dziś sobie przypomnieć nie mogę — ale jeden szczegół utkwił mi w pamięci. Autor opowiada, że znany filozof Kant po napisaniu swej „Krytyki czystego rozumu", — w której zakreśla granice ludzkiemu poznaniu w nauce o wszechświecie i teologji i często w abstrakcjach do negatywnych dochodzi wniosków — gdy spojrzał na wystraszoną twarz swego famulusa, któremu kilka ustępów z dzieła swego odczytał, stworzył jako przeciwstawienie „Krytykę praktycznego rozumu". Dzieło mające według orzeczeń znawców większe znaczenie niż poprzednie, gdyż w dziele tem Kant podaje wytyczne dla nauki o moralności i stwarza podwaliny dla etycznego postępowania. Znanym jest Państwu kategoryczny imperatyw Kanta, który streszcza się w słowach: „czyń tak, aby zasada twej woli mogła równocześnie służyć jako zasada ogólnego prawodawstwa".

Podobnie także i w naszem zagadnieniu, ujemny wynik dociekań teoretycznych nie powinien stać na przeszkodzie działaniom praktycznym. Faktem jest, że jaglica jako choroba zakaźna istnieje — szczepienia u osobników dorosłych wykonane przez licznych badaczy, zakażenia przypadkowe lekarzy i spostrzegane podczas wojny światowej wzajemne dobrowolne zakażania się u żołnierzy dla uniknięcia służby w polu — dostatecznie świadczą o tem. Wobec tego **wskazówki dla praktycznego postępowania** znacznie są ważniejsze niżeli dociekania teoretyczne, a określenie ściśle tych wskazówek jest właśnie ową wolą kategoryczną, którą w czyn wprowadzić należy.

Zadanie to nadzwyczaj trudne, przekraczające doświadczenie jednego osobnika — dlatego też dobrze się stało, że Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwołała z końcem ubiegłego roku (14. XII. 1924) konferencję, w której oprócz przedstawicieli władz rządowych brali udział także profesorowie okulistyki wszystkich uniwersytetów polskich.

Przedmiotem tej konferencji było właśnie uzgodnienie dotyczących poglądów i praktyczne ujednostajnienie kryterjów rozpoznawczych dla jaglicy w odróżnieniu od innych nieżytów spojówki.

Korzystając z uprzejmości prof. Bednarskiego, który zezwolił mi na wgląd w protokół tego posiedzenia, pozwolę sobie podać w wyjątkach te dane dla rozpoznania różniczkowego:

Punkt 7. protokołu brzmi:

„Jeżeli chodzi o odróżnienie Folliculosis od Granulosis conjunctivae (bez wyraźnych objawów zapalnych) — to należy się kierować następującemi znamionami różniczkowemi:

a) Follikuły są naogół drobne, szkliste, blado-różowe i wystają znaczną częścią swej powierzchni ponad poziom spojówki. Ziarna jaglicze są naogół większe, mniej szkliste, bardziej różowe i głębiej w spojówce osadzone.

b) Co do rozmieszczenia — to follikuły przeważnie zajmują same tylko załamki, układają się w nich różańcowato, w szeregi. Ziarna rozsypują się gęsto i nieregularnie po całej spojówce, zajmując nietylko załamki, ale także spojówkę tarczki (conjunctiva tarsi) aż po sam brzeg powieki. W obrębie spojówki tarczkowej tworzą one nieraz bardzo płaskie, ledwie nieco nad poziom wystające, blado różowe lub białawe krążki. Obraz ten zapowiada zwykle cięższą postać jaglicy (Trachoma induratum).

c) Follikuły występują częstokroć liczniej w załamku dolnym niż górnym, przeciwnie ziarna jaglicze (jak i wogóle wszelkie późniejsze zmiany trachomatyczne) rozwijają się liczniej i silniej w załamku górnym niż w dolnym.

d) Follikuły nie sadowią się prawie nigdy w kąciku nosowym, na załamku półksiężycowatym (Plica seminularis) tak, że obecność nielicznych nawet grudek w tem miejscu już przemawia za ich jagliczą naturą.

c) Follikuły częstokroć się znajdują na spojówce zresztą prawidłowej, gładkiej, a co najwyżej lekko przekrwionej, ziarnom jagliczym już bardzo wcześnie towarzyszy drobne zziarnienie powierzchni spojówkowej, nadające jej wygląd strzyżonego aksamitu (Hypertrophia papillaris).

8) W dalej posuniętych przypadkach jaglicy, gdzie już istnieje wydzielina, przekrwienie i rozpulchnienie zapalne spojówki, możemy stwierdzić istnienie ziarn stłuszczonych. Są one wtedy podobne do ugotowanego saga lub skrzepu żabiego. Za lekkim uciskiem daje się z nich wygnieść treść w postaci masy galaretowatej lub kaszastej.

Objaw ten stwierdzony choćby tylko na niektórych ziarnach nadaje już całemu obrazowi wybitne piętno niewątpliwej jaglicy.

9) Toż samo obecność charakterystycznych blizn w spojówce; o ile nie pochodzą one wyłącznie od takich zabiegów jak galwanokaustyka, ekrazja, skaryfikacja i t. d. — przemawia w wysokim stopniu za rozpoznaniem: trachoma.

10) Wyjątkowo zdarzają się przypadki jaglicy, w których ziarn nie znajdujemy wcale, a nad całym obrazem dominuje tylko znaczny przerost brodawkowy spojówek. Jest to nawet postać szczególnie uporczywa (trachoma papillare), prowadząca nieraz do znamiennych dla jaglicy powikłań rogówkowych.

Rozpoznanie w takich przypadkach bywa niekiedy przez czas dłuższy niepewne.

11) U dzieci jaglica prawie nigdy nie wywołuje łuszczki na rogówce. (Pannus trachomatosus). Jeżeli zatem widzimy u dziecka równocześnie ze zmianami trachomatycznemi na spojówkach waskularyzację rogówki, to jest to najczęściej łuszczka skrofuliczna. Wogóle jaglica u dzieci wikła się niezmiernie często z rozmaitemi objawami skrofulozy ocznej".

Na wspomnianej konferencji omawiano także memorjał kol. Zacherta w sprawie zwalczania jaglicy w zakładach wychowawczych, opiekuńczych i sierocińcach.

Jak widzimy z inicjatywy rządu rozpoczęła się obecnie planowa akcja dla zwalczania jaglicy. Pia dezyderja dawnych zjazdów okulistycznych, realne poczynają przybierać kształty. Główny nacisk położono na zwalczanie jaglicy u dzieci.

Zwalczanie jaglicy w jej początkach — to wielki krok naprzód dla usunięcia tego poważnego cierpienia, a jak skutecznem może się okazać — o tem najlepiej świadczą rezultaty walki z jaglicą, prowadzonej jeszcze w okresie przedwojennym na ziemiach węgierskich i niemieckich.

Idąc za temi wskazówkami, podnieść by należało poziom kulturalny mieszkańców wsi i miasteczek, stworzyć poradnie, lecznice i sanatorja jaglicze, a wówczas bez względu na to, czy jaglica stanowi odrębną jednostkę chorobową, czy też jest tylko zespołem towarzyszących objawów — zgodzić się będzie można na zdanie Milleta:

„Soignons donc les conjonctivites dès le début et le syndrome trachome n'aura jamais le temps de faire son apparition". — leczmy nieżyty spojówek w samych zaczątkach, a jaglica nigdy nie będzie miała czasu się ujawnić.

Być może więc, że w dalekiej przyszłości, gdy badania nad zarazkiem chorobotwórczym i właściwą istotą jaglicy będą szły nadal tak opornie, a środki zapobiegawcze stosowane będą w pełnej mierze, zdarzyć się może fakt niezwykły — że prędzej uda się wytępić chorobę niż zbadać jej istotę.

OCENY.

Guy Laroche. **Opothérapie endocrinienne.** Paris. Masson et Cnie. 1925.

Leczenie „zastępcze" środkami otrzymanemi z gruczołów wkrewnych (opoterapja) może być tylko wtedy racjonalnie użyte, jeżeli lekarz jest dokładnie zorjentowany w patologji tych gruczołów i klinice ich schorzeń. Z tych względów autor tej książki na początku każdego rozdziału omawia wpierw wyniki badań doświadczalnych nad wpływem gruczołów wkrewnych na organizm zwierzęcia i człowieka, a potem dodaje krótki obraz kliniczny schorzeń poszczególnych gruczołów wkrewnych. W dalszym ciągu dołącza on dokładne wskazania podawania rozmaitych przetworów organoterapeutycznych i wyniki leczenia, oparte przeważnie na licznych własnych doświadczeniach. Z natury rzeczy najwięcej szczegółów znajdziemy w ustępie o leczeniu przetworami tarczycy, a z drugiej strony znajdziemy liczne wyniki badań i rezultatów klinicznych insuliną, oparte na doświadczeniu autora własnem jak i badaniach obcych. Mimo, że u nas sprawa opoterapji (z wyłączeniem insuliny) przeszła już okres entuzjastycznych zachwytów, książka G. Laroche'a może przydać się lekarzowi praktycznemu, zwłaszcza, że nasze fabryki dostarczają nam wszystkich przetworów organoterapeutycznych.

M. F. (Lwów).

L. Cheinisse. **Les médicaments cardiaques.** Masson et Cie. Paryż. 1925. Cena 14. fr

W krótkim podręczniku podaje autor wszystkie szczegóły, dotyczące środków nasercowych, używanych przez nowoczesnego kardjologa. Z myślą o znaczeniu praktycznem książki przytacza on bardzo szczegółowe wskazania, przeciwwskazania i wyniki leczenia, uzyskane przy podawaniu poszczególnych środków, nie pomijając ich działania fizjologicznego. Ch. omawia przedewszystkiem podawanie naparstnicy i jej przetworów, głównie digitaline crys. Nativelle, która we Francji znajduje największe zastosowanie. W drugim ustępie, dotyczącym strofantu, znajdujemy bardzo dokładne wskazówki, odnoszące się do podawania strofantyny i euabainy (Arnaud), podnosząc wybitną wartość leczniczą ich obu, zwłaszcza ostatniej. Pokrótce omawia dalej kliniczną wartość cebuli morskiej (scilla maritima), sparteiny, miłka wiosennego (adonis vernalis), konwalji i apocynum cannabinum wraz z cymaryną, wreszcie crataegus oxyacantha, nie przyznając im ważniejszego znaczenia w klinice chorób serca. Obszerniej Ch. zajmuje się stosowaniem wlewań dożylnych calcium chloratum i hypertonicznych rozczynów cukru gronowego, przyznając im znaczenie lecznicze w pewnych postaciach schorzeń mięśnia sercowego. Znajdujemy dalej ustęp, omawiający znaczenie kofeiny, kamfory (stosowanie śródrdzeniowe olejku kamforowego), adrenaliny, atropiny i ezeryny (lek przeciw napadom tachycardji), jako środków, stosowanych w schorzeniach narządu krążenia. Po wzmiance o znaczeniu chininy dla schorzeń serca, autor omawia bardzo szeroko wskazania i sposób podawania chinidyny, którą uważa jako jedyny środek przeciw niemiarowości serca. Podnosi jednak, że ona nie może być nigdy uważana jako środek wzmacniający mięsień sercowy, przeciwnie jest nawet w pewnym stopniu środkiem obniżającym energję serca i dlatego należy ją podawać najkorzystniej po poprzedniem parodniowem zastosowaniu przetworów naparstnicy. Książkę kończy ustęp o opoterapji i o wstrzykiwaniach śródsercowych, głównie adrenaliny, w stanach nagłego ustania czynności serca. Książka napisana jasno i bardzo pożyteczna dla lekarza praktyka.

M. F. (Lwów).

P. T. Prenumeratorów P G. L., którzy otrzymali pod opaską 1—2 zeszyt Wykładów Lekarskich z pracą Dra Szczepańskiego, prosimy o jaknajrychlejsze nadesłanie kwoty 2 Zł lub o zwrot zeszytu pod tą samą opaską.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

British medical Journal.

4. lipca 1925. r. Nr. 3366.

J. B. Fry: **Nowy odczyn kłaczkowania sero-diagnostyczny nowotworów złośliwych.** Odczyn kłaczkowania stosowali pierwsi Weli i Braun (1908) stwierdziwszy zdolność kłaczkowania surowicy rakowej pod wpływem rozczynu cholesteryny.

Metoda którą autor podaje jest nader żmudną. Materjał pobierał wprost z raków sutka, bezpośrednio po operacji, umieściwszy go w refrygeratorze w cieplocie — 6° C. przez 5 dni. Z wyciągów solnych jałowych odwirowanych, stosując długą procedurę, otrzymał autor wreszcie po kilkunastu dniach podstawowy wyskokowy antigen zawierający „składniki utkania nowotworów, w rozczynie solnym, ani w acetonie nierozpuszczalne". Wyciąg wyskokokowy, wzmocniony cholesterolem, po uprzedniem oznaczeniu miana, dodawał autor do rozcieńczonej i inaktywowanej surowicy. Szczegóły nie nadają się do streszczenia. Wynik odczytywano po 24 godzinach; zjawienie się kłaczków w probówkach oznaczało wynik dodatni.

Oto wyniki:

1. Na 500 przypadków, nowotworów złośliwych i schorzeń niezłośliwych, 75% było dodatnich;
2. Na 239 przypadków schorzeń złośliwych (nowotworowych) w 170 uzyskano kłaczkowanie dodatnie (71%);
3. W 261 przypadkach kontrolnych obejmujących osobniki zdrowe, nowotwory niezłośliwe, rozmaite schorzenia („medyczne" i chirurgiczne), w 204 był wynik ujemny (t. j. 78% wynik prawidłowy „correct");
4. Osoby zdrowe dawały zawsze — wyjąwszy jeden jedyny przypadek, odczyn ujemny;
5. Nowotwory niezłośliwe zazwyczaj dawały odczyn ujemny;
6. W przypadkach braku złośliwego (nowotworowego) schorzenia, kłaczkowanie w większości przypadków nie zjawia się, również i w schorzeniach kiłowych; w każdym razie jednak odczyn Wassermanna jest wskazany;
7. Dodatnie kłaczkowanie zdarza się czasem w schorzeniach gorączkowych ostrych n. p. w gruźlicy, w posocznicy.

Wnioski ostateczne autora opiewają:

1. Wytworzenie antigenu i sposób przeprowadzenia odczynu kłaczkowania zostały opisane. Odczyn ten daje wysoką odsetkę prawidłowych wyników zarówno w warunkach złośliwych (nowotworowych) jak i niezłośliwych schorzeń;

2. Wykluczywszy pewne warunki (stany chorobowe) odczyn jest wartościowym dla schorzeń złośliwych (nowotworowych).

Redakcja (British medical Journal) dodaje od siebie, w osobnym artykule (str. 23) kilka uwag. Sposób przyrządzania nowego „antigenu" przypomina sposób Bordeta — i zdawałoby, się że powinien z surowicą kiłową również dać dodatni wynik — co jednak z odczynnikiem Fry'a nie zdarza się; zależy to widocznie od obecności innego składnika w surowicy. Drugiem niespodziewanem zjawiskiem jest, że antigeny uzyskane z (okrągło-komórkowych) raków sutka dają lepszy odczyn z surowicami innych złośliwych schorzeń, aniżeli z surowicami chorych dotkniętych rakiem sutka.58 wyników dodatnich uzyskano w rakach sutka — podczas gdy nabłoniak skóry i przełyka, pęcherza, szyjki macicznej, dawały 80—100% wyników dodatnich. Również z surowicą w przypadkach mięsaków dawał antygen wyniki dodatnie. Redakcja ocenia ogólną wartość tego odczynu na równi z odczynem Wassermanna w kile nieleczonej.

Jednak 20% dodatnich wyników w schorzeniach nierakowych o tyle podlegać może krytyce, jeżeli się zważy, że autor zalicza tu wszystkie przypadki, w których nie można było rozpoznać nowotwora złośliwego. Wykluczając gruźlicę w której odczyn jest czasem dodatni — należy uważać nowy odczyn jako nader pomocny znak rozpoznawczy.

Nr. 3367 z 11. lipca 1925.

Leczenie gruźlicy sposobem Spahlingera. Z posiedzenia Komisji lek. parlamentu angielskiego (2. VII. r. b.) w Londynie.

Pięciu członków parlamentarnej lekarskiej Komisji (z Londynu) zwiedziwszy z własnej inicjatywy instytut i pracownie Spahlingera w Genewie i zbadawszy na miejscu kilkudziesięciu chorych leczonych od szeregu miesięcy sposobem specjalnym przedłożyło Komisji memorjał, który w streszczeniu przedstawia się następująco:

Autor nowej metody zrzekł się wszelkich materjalnych korzyści z swych odkryć — jakkolwiek nie jest zasobny. Wytwarza dwa typy leków przeciwgruźliczych 1. surowicę antitoksyczną w celu sprowadzenia odporności biernej a zarazem działającą jako czynnik wprost leczniczy; 2. szczepionki lub przeciwciała z hodowil pewnych prątków gruźliczych frakcjonowanych swoistą metodą autora, któremu udało się uzyskać z prątków in vitro, trujące i różnorakie „ektotoksyny". Zazwyczaj prątek nie wytwarza w hodowlach tego rodzaju toksyny. Utrzymując hodowlę w ciepłocie 37° C. w ciągu 21 godzin, poddawał ją autor przez następne 3 godziny ciepłocie 38° C., i w ciągu tych trzech godzin tworzy się antytoksyna. Również działał na hodowle zimnem, lub poddawał działaniu światła i mechanicznym wpływom i t. d. Spahlinger uzyskał 21 względnie 22 różnych toksyn. Wstrzyknięte zwierzętom wytwarzają serowacejące guzki, gdy inna grupa działa tylko „pyrogenetycznie". Uodparniał niemi konie, by uzyskać surowicę, swoistą, antytoksyczną — („partial serum") zaś „complete serum" nazwał surowicę będącą mieszanina rozmaitych surowic z dodatkiem jeszcze surowicy bakterjobójczej — uzyskanej z koni.

Leczenie polega na zastrzykiwaniach podskórnych — owych przeciwciał, 2—3 razy tygodniowo, czasem codziennie nawet kilka razy dziennie, w bardzo ostrych lub rozwiniętych przypadkach. Dla płucnej gruźlicy stosuje przetwór z przewagą a n t y e k t o t o k s y n, od rodzaju przypadku zależy jakość stosowanej surowicy. Dla gruźlicy chirurgicznej nadaje się przewaga a n t y e n d o t o k s y n i mięszanina surowic wytworzonych z prątków typu ludzkiego i bydlęcego. Przypadki przewlocznej i bezgorączkowe mogą być leczone szczepionkami i bez antytoksyn. Zupełne kliniczne wyzdrowienie można przeważnie uzyskać samą surowicą, jednakże nawroty lub reinfekcja nie są wykluczone póki biernego uodpornienia nie zmieniono na uodpornienie czynne przy pomocy różnych rozczynów przeciwciał uzyskanych z „pierwoszczy prątków". Leczenie trwa około 6 miesiecy, przypadki rozwinięte wymagają powtórzenia leczenia. Leczonych było około 600 przypadków, a z nich 250 mogło być obserwowanych i kontrolowanych. Delegaci zbadali około 50 chorych — niektórzy z chorych byli wyleczeni, inni cześciowo wyleczeni lub ozdrowieńcy. u innych rozpoczęto leczenie (b. ciężkie przypadki). Pośród wyleczonych były przypadki okazujące przedtem ciężki okres gruźlicy — jedynie stłumiony odgłos wypukowy świadczył o włóknistej sprawie w płucach; niektórzy z tychże chorych pomimo pracy w niekorzystnych warunkach, pozostali zdrowi.

Brak środków materjalnych stoi na przeszkodzie uzyskaniu większych ilości surowicy.

W odrębnym artykule tegoż samego numeru Brit. med. Journal (str. 79) omawia naczelny redaktor tygodnika memorjał owych 5 członków parlamentarnej Komisji. Gdyby autor mógł dostarczyć znaczniejszych ilości surowicy możnaby metodę Spahlingera wypróbować na 1000 chorych w samym Londynie — pod kierunkiem autora. — Podobno ma być wystosowaną odezwa do społeczeństwa o fundusze.

Pisek (Lwów).

Annales de l'Institut Pasteur.

Nr. 2—3. 1925.

B o q u e t i N é g r e. **Próby leczenia gruźlicy doświadczalnej królików i świnek morskich antygenem metylowym.** Autorowie badali działanie różnych części składowych prątka gruźliczego na przebieg gruźlicy doświadczalnej u królików i świnek morskich. Zwierzętom zakażonym, zastrzykiwano: 1) wyciąg acetonowy prątków (ciała tłuszczowe i wosk.) 2) wyciąg w alkoholu metylowym prątków uprzednio poddanych działaniu acetonu (lipoidy) 3) prątki gruźlicze odtłuszczone alkoholem w przyrządzie Kamagawy 4) rozczyn tuberkuliny w oliwie 1:100. Najwybitniejsze działanie okazały lipoidy tj. wyciąg w alkoholu metylowym, posiadający zarazem własności antygenu. Zwierzęta leczone nim żyły przeciętnie 5 miesiecy dłużej niż kontrolne. Autopsja wykazywała, iż u świnek morskich zmiany umiejscowione były przeważnie w śledzionie i gruczołach chłonnych, u królików zaś w płucach, wogóle były one nie tak rozległe jak zazwyczaj bywa. Tuberkulina i prątki odtłuszczone nie wpływały na przebieg sprawy, tłuszcze i wosk wywoływały wyraźne pogorszenie, nawet nieznaczna domieszka ich zmniejsza wartość leczniczą antygenu metylowego, to też powinien być on przyrządzony z prątków poddanych przynajmniej w ciągu dni 5. działaniu acetonu. Z 2. prób dokonanych na ludziach w przypadku wilka i gruźlicy płuc autorowie odnieśli również wrażenie dodatnie.

R. D u j a r z i e d e l a R i v i é r e et L. G a l l e r a n d. **Nowy odczyn kłaczkujący w rozpoznawaniu kiły.** Technika odczynu bardzo prosta: do 5 cm rozczynu fizjologicznego dodaje się 0,1 cm mieszaniny antygenu Bordet-Ruelens'a i alkoholowego wyciągu smoły benzoesowej w stosunku 1:5 oraz 1 cm surowicy badanej. Probówkę wstawia się na 5 godzin do cieplarki, poczem wynik odczytać można gołem okiem. W przypadkach kiły nieleczonej odczyn wypadał zawsze dodatnio, u zdrowych stale ujemnie. Najmniej czułym okazał się odczyn w przypadkach kiły leczonej; w znacznym odsetku otrzymano bowiem wyniki ujemne przy jednocześnie dodatnim odczynie Wassermanna. Za warunek nieodzowny dla utrzymania dobrych wyników autorowie uważają 1) używanie tylko smoły benzoesowej z Sumatry. 2) systematycznie, przynajmniej co 2 miesiące przeprowadzana kontrola antygenu z surowicą kiłową. Surowice unieczynnione dają wyniki wyraźniejsze.

P. G o y. **Drobnoustroje a witaminy.** Z hodowli Amylomucor β autor wyodrębnił ciało, o własnościach witamin, które przy dodawaniu do pożywek sprzyjało w znacznej mierze wzrostowi tak drożdży, jak i innych drobnoustrojów.

Ciało to, zdaniem autora, nie jest identycznem z witaminą β, towarzyszy jej jednak często w przyrodzie. Autor uważa, iż nowoodkryta przez niego witamina może mieć zastosowanie, jako dodatek do pożywek przeznaczonych dla drobnoustrojów, więcej wybrednych n. p. dla paciorkowców.

M a r c h o u x. **O działaniu wybiórczem arsenu (stowarsol) na pasorzyty trzeciaczki.** Autor podnosi znaczenie przetworów arsenowych, jako środka przeciwzimniczego, które ze względu na taniość nadają się lepiej od chininy do szerokiego stosowania, zwłaszcza w miejscowościach, gdzie zimnica panuje endemicznie. Po jednokrotnem stosowaniu stowarsolu doustnie, albo podskórnie w ilości 1 g. dla dorosłych i 0,37 g. dla dzieci pasorzyty znikają ze krwi w ciągu 24 godzin. Działanie stowarsolu zostało wypróbowane zarówno w zarażonych drogą zwykłą (przez widliszc), jak i u chorych na paraliż postępowy zakażonych zimnicą w celach leczniczych. W przeciwieństwie do chininy stowarsol działa przedewszystkiem na postaci dorosłe pasorzytów. Działanie stowarsolu rozciąga się jedynie na pasorzyty trzeciaczki; w czwartaczce i zimnicy podzwrotnikowej można go stosować jedynie jako środek pomocniczy w leczeniu chininowem. Wyłączne działanie stowarsolu. na trzeciaczkę, przemawia, zdaniem autora, przeciw unitarystycznej teorji zarazka zimnicy.

S a n a r e l l i. **Patogeneza wąglika.** Autor poddaje krytyce pojęcie pierwotnego zakażenia wąglikiem drogą jelitową. Liczne doświadczenia dokonane przez autora na świnkach morskich i królikach dorosłych i na oseskach dowiodły, iż przez wprowadzenie bezpośrednie do kanału pokarmowego bakteryj wąglika i ich zarodników nie udaje się nigdy wywołać objawów charakterystycznych ze zmianami krwotocznemi w ścianie jelit. Prątki wąglika w jelitach natychmiast ulegają rozpadowi, zarodniki nie rozwijają się nigdy i są wydalane nazewnątrz w stanie niezmienionym. Hamujące działanie zawartości żołądka i jelit na rozwój zarodników wąglika można dowieść in vitro. Oprócz działania chemicznego samego soku żołądkowego i jelitowego hamującego wpływa na rozwój zarodników wąglika obecność laseczek okrężnicy. Rzekomo dodatnie wyniki zakażenia otrzymuje się tylko w razie naruszenia całości śluzówki jamy ustnej, lub przewodu pokarmowego. Przykarmieniu królika zarodnikami, autor stale stwierdzał obecność ich w płucach, skąd przedostawać się mogą do krwi i innych narządów wewnętrznych. Obecność zarodników w płucach stale wywołuje imigrację fagocytujących je mikro i makrofagów; to też chorobotwórczo działają tylko dawki przywyższające siłę fagocytarną ustroju. Jednakże i stosunkowo niewielkie dawki mogą wywoływać objawy chorobowe, o ile jednocześnie działają na ustrój czynniki, które niszcza leukocyty. Do czynników takich zaliczyć należy niektóre związki chemiczne, jak to chinina, pepton, kwas mleczny, nukleinian sodu, wstrzykiwanie dożylne wody przekroplonej, długotrwałe przebywanie w ciepłocie 37°, oraz żywienie bezwodne.

Zmiany w jelitach, zdaniem autora, są zawsze objawami wtórnemi zakażenia pozajelitowego. Najwybitniej występują one zwykle u osobników najbardziej odpornych.

Nr. 6. 1924.

Descomby. **Uodpornianie koni za pomocą anatoksyny tężcowej.** Autor otrzymuje anatoksynę, dodając do toksyny tężcowej 40%-ego formolu w stosunku 2:1000. i wytrzymując ją w cieple w ciągu kilku dni. Anatoksyna tężcowa nie posiada własności jadowitych dla świnek morskich, jednokrotny zastrzyk uodparnia świnki przeciw następczemu zakażeniu pięciokrotną śmiertelną dawką toksyny. Wyższe dawki toksyny wywoływały również tylko miejscowe objawy tężca. W doświadczeniu na koniach dwukrotne wstrzyknięcie 15—20 cm anatoksyny zabezpieczało przeciw działaniu toksyny, również jak i przeciw zakażeniu przez prątki tężcowe, wprowadzone pod skórę. Jednokrotne zastrzyknięcie anatoksyny po większej części okazało się niewystarczającem. W surowicy zwierząt uodpornionych stwierdzono obecność przeciwciał swoistych, pojawiających się w 7—14 dni po zastrzyknięciu i utrzymujących się, jak to wykazują dotychczasowe spostrzeżenia w ciągu 4 miesięcy.

Gaillardo. **O zastosowaniu praktycznem neurowakcyny.** Badając własności neurowakcyny, autor dochodzi do wniosku, iż najlepsze wyniki otrzymuje się szczepiąc krowiankę początkowo do jąder królika i następnie już dokonywując dalszych passaży na mózgach króliczych. Neurowakcyna otrzymana z 34-ego passażu przez mózg królika w doświadczeniach dokonanych na królikach, i w kilkuset próbach szczepień u dzieci dała wyniki nie różniące się pod żadnym względem od wyników otrzymywanych przy szczepieniu krowianki. Do szczepień u dzieci używano emulsji mózgu króliczego w rozcieńczeniu 1:10. Autor uważa iż neurowakcyna ma wyższość nad krowianką ze względu na taniość, łatwość przygotowania i gwarancję aseptyki.

Viala. **Szczepienie przeciw wściekliźnie w Instytucie Pasteur'a w 1924 r.** W ciągu roku Instytut dokonał szczepień u 764 osób. W 343 przypadkach wścieklizna była stwierdzona na mocy badań klinicznych, lub anatomo-patologicznych. Pozostałe przypadki należały do podejrzanych. Śmiertelność u leczonych wynosi 0,14% (1 przypadek); pozatem w 1-ym przypadku śmierć nastąpiła przed upływem 15 dni od końca leczenia. Okres leczenia trwa 15—25 dni w zależności od miejsca i ciężkości ukąszeń. Do zastrzyków stosuje się emulsję z mózgów przygotowanych według klasycznej metody Pasteur'a.

Nr. 7. 1924.

Kermozgant. **Przyczynek do badań nad etjologją zausznicy.** W ślinie osobników chorych na zausznicę, autor znajdywał stale w pierwszych dniach choroby krętki, których hodowle przy szczepieniu na zwierzętach wywoływały zapalenia gruczołów przyusznych i jąder. Oprócz postaci typowych krętka, widocznych łatwo przy bocznem oświetleniu, barwiących się dobrze barwikiem Giemza i metodą Fontana-Tribondeau, w hodowlach na podłożach sztucznych udaje się stale stwierdzić obecność ziarenek, które, autor uważa za przesączalną formę zarazka. Hodowla krętka udaje się tylko w warunkach beztlenowych, przy 29—35°. Pod względem morfologicznym krętki zausznicy zbliżone są do sp. palhidum i sp. cuniculi, odróżniają się od nich jednak nierozpuszczalnością w saponinie. Pod działaniem żółci rozpuszczają się w zupełności. Na podłożach sztucznych krętki rozwijają się dobrze tylko w obecności stale towarzyszącego im prątka gramonienmego; ze swojej strony prątek ten, aczkolwiek sam może rozwijać się w warunkach tlenowych, bujne hodowle daje tylko w obecności krętka. Przez szczepienie hodowli mięszanej na małpach, autor otrzymywał objawy zapalenia gruczołów przyusznych, podszczękowych, jąder, podrażnienie opon mózgowych, zwiększenie się ilości ciałek białych w płynie mózgowo-rdzeniowym. U królików szczepienie do jąder pociągało za sobą objawy zapalenia, nieprzechodzące nigdy w ropienie, lecz wywołujące w wyniku końcowym głębokie zbliznowacenia. Świnki morskie i mysze białe są odporne na działanie jadu. Szczepienia podskórne i dożylne, nawet u zwierząt wrażliwych nie wywołują zakażenia. Objawy chorobowe udaje się otrzymać przy szczepieniu dogruczołowem śliny chorych w pierwszych dniach choroby, lub też hodowli zawierających krętki w postaci zwykłej, lub przesączalnej. Prątek towarzyszący krętkom sam przez się niema własności chorobotwórczych. Po przebytej zausznicy surowica chorych w ciągu 6 miesięcy posiada własności zlepne i lityczne w stosunku do krętka. Zausznica doświadczalna czyni zwierzęta odpornemi na powtórne zakażenie. Leczenie arsenowe daje wyniki zadowalające.

Hempt. **O szybkiej metodzie szczepień przeciw wściekliźnie.** W ciągu ostatnich 3 lat autor stosował w 6000 przypadków skróconą metodę szczepień przeciw wściekliźnie (Alivisatos'a) polegającą na 3 krotnem zastrzykiwaniu substancji mózgowej poddanej uprzednio działaniu eteru, w ilości 3—4 gramów.

Metoda ta, zdaniem autora, dając wyniki zupełnie zadowalające, przez swą krótkotrwałość znacznie ułatwia walkę z wodowstrętem.

Nr. 8. 1925.

Wilbert. **Doświadczenia nad uodpornieniem małp przeciw gruźlicy za pomocą szczepionki BCG.** Doświadczenia dokonane na 74 małpach dowiodły, że stosowanie szczepionki doustnie i podskórnie w ilości 100 mgr. bakteryj nie wywołuje żadnych objawów chorobowych z wyjątkiem nieznacznego obrzmienia gruczołów chłonnych. Jednokrotny zastrzyk podskórny 50 mgr, lub też pięciokrotne stosowanie tej dawki doustnie, uodparnia zwierzęta tak przeciw zakażeniu drogą podskórną, jak i przeciw zakażeniu kontaktowemu. Zwierzęta uodpornione w ten sposób, trzymane w ciągu roku w jednej klatce z choremi na gruźlicę pozostają zdrowe. Stan odporności utrzymuje się w ciągu roku i może być odnowiony po upływie tego czasu.

Bertrand i Nakamuza. **Badania porównawcze nad znaczeniem fizjologicznem żelaza i cynku.** Autorowie żywili duże serje myszy młodych 1) pokarmem pozbawionym cynku i 2) zawierającym cynk w postaci siarczanu. Brak witamin w pokarmie, które, zdaniem autorów, wszystkie zawierają związki cynkowe, wywołał śmierć zwierząt doświadczalnych w przeciągu kilku tygodni, jednakże długość życia myszy które otrzymywały dodatek soli cynkowych była o 25—50% dłuższa niż żywionych bez cynku. Analogiczne doświadczenia dokonane z solami żelaza wykazują, iż dodatek żelaza nie przedłuża życia.

Weinberg i Ginsbourg. **Badania zakażeń gnilnych in vivo.** Autorowie przeprowadzali na morskich świnkach badania nad patogenezą i przebiegiem zakażeń o charakterze gnilnym. Sprawy tego rodzaju są zdaniem ich, zwykle wynikiem współdziałania kilku drobnoustrojów, posiadających własności wydzielania zaczynów proteolitycznych lipolitycznych i sacharolitycznych. Tylko współobecność tych zaczynów, z których każdy przygotowuje teren działania dla następnego, doprowadza tkanki do głębokiego rozpadu z wydzielaniem gazów o zapachu odrażającym, charakterystycznym dla przebiegu wszystkich t. zw. spraw gnilnych. Wśród tej kategorji drobnoustrojów pierwsze miejsce zajmuje b. sporogenes, wywołujący zwykle najdalej posunięty rozpad gnilny, obok niego spotykamy b. bifermentans, putrificus, proteus, pyocyaneus. Rozpad gnilny może mieć miejsce tylko w środowisku o odczynie zasadowym, to też obecność bakteryj posiadających własność zakwaszania podłoża wpływa na rozwój jego hamująco. Większość bakteryj gnilnych posiada w bardzo słabym stopniu własności chorobotwórcze, to też w praktyce spotykają się one zwykle jako zakażenia wtórne innych spraw przewlekłych, lub ostrych o ile stanowią jedyną florę drobnoustrojową sprawy, to ma ona zwykle przebieg łagodny, przewlekły. Leczenie spraw gnilnych surowicami swoistemi daje dobre wyniki, chociażby surowica była zwrócona przeciw jednemu tylko gatunkowi bakteryj, w ten sposób narusza się bowiem działanie zespołu bakteryjnego. Leczenie swoiste zdaniem autorów powinno iść jednak zawsze równolegle z zabiegami chirurgicznemi.

Chaillous et L. Cotoni. **Badania nad leczeniem pneumokokowego zapalenia rogówki szczepionkami i surowicami.** Wstrzykując do rogówki królika hodowlę pneumokokową, autorowie otrzymywali objawy zapalne tejże, powikłane w większości przypadków wysiękiem ropnym w komorze przedniej oka, dające w wyniku ostatecznym zanik gałki ocznej. Surowice i szczepionki swoiste, stosowane domięśniowo, dożylnie, lub też dolędźwiowo pozostały bez wpływu na przebieg sprawy.

Nr. 9—10. 1925.

Urech et Schnyder. **Prątki Pfeiffer'a, jako czynnik wywołujący zapalenie opon mózgowych.** W ciągu roku autorowie mieli możność obserwowania 7 przypadków Pfeiferowskiego zapalenia opon mózgowych. Przebieg schorzenia naogół był bardzo ciężki. Tylko w jednym przypadku chory pozostał przy życiu, zresztą z ciężkiemi śladami przebytej sprawy w postaci obustronnej głuchoty. We wszystkich przypadkach z płynu mózgowo-rdzeniowego wyhodowano prątki morfologicznie i biologicznie odpowiadające prątkom grypowym. Szczepiąc młode świnki morskie i króle domózgowo, autorom udało się otrzymać zakażenie, powodujące śmierć zwierzęcia w ciągu 12—24 g. Autopsja wykazywała przekrwienie i wysięk surowiczo ropny w otrzewnej, ogniska krwotoczne w mózgu, oponach mózgowych i płucach. Ani badania morfologiczne, ani odczyny serologiczne nie pozwalają, jak dotąd na utożsamienie prątków tych z prątkami, pochodzącemi z dróg oddechowych. Spostrzeżenia kliniczne wskazują, iż tego rodzaju zapalenia opon, po większej części są poprzedzone przez sprawy nieżytowe dróg oddechowych.

Bolz. **Zarazki przesączalne w przebiegu influency i ostrego nieżytu nosa.** Autor brał udział w pracach zapoczątkowanych w Instytucie Rokfeller'a przez Olitsky'ego i Gates'a, nad etjologją grypy nagminnej i ostrego nieżytu nosa. W ostatnich latach Bloomfield, Sellard, Sturm, Lyall na zasadzie ujemnych prób zakażenia ludzi przez prątki Pfeiffera, poddają krytyce pogląd na dominującą rolę tych ostatnich w etjologii grypy. Większość autorów skłania się do mniemania, że prątki Pfeiffera są zakażeniem wtórnem, które decyduje często o ciężkości przypadku. Doświadczenia Krusego, Iamanuchi Iwachima dowiodły, iż wydzielina z jamy nosowo-gardłowej chorych na grypę, przesączona przez sączek Berhfelda, może wywoływać u zwierząt doświadczalnych i ludzi objawy nieżytu dróg oddechowych. W 1922 r. Olitsky i Gates, zasiewając na pożywce Noguchi-Smith'a tego rodzaju przesącze, wyhodowali drobnoustroje przesączalne, mające postać drobniutkich ciałek, przypominających zarazki choroby Hein-Medin'a (gło-

boid bodies). Zarazki te rosną tylko beztlenowo, znajdują się w jamie ustnej tylko w przeciągu pierwszych 36 g. choroby. Szczepienie zarazka na królach wywoływało objawy zapalne w płucach. Drobnoustrój ten został nazwany przez autorów b. pneumosintes (niszczący płuca). Surowica chorych na grypę, w ciągu 5. miesięcy posiada zdolności zlepiania zarazka. Aglutyniny otrzymano również i we krwi zwierząt szczepionych. W toku pracy autorowie wyodrębnili jeszcze 4. gatunki drobnoustrojów o analogicznych własnościach, 2 z nich mają postać b. drobnych krętków. Ostatnie doświadczenia pokazały, iż przesącz wydzieliny wziętej z przypadków ostrego nieżytu nosa zawiera podobne zarazki, które wykryć można w ciągu pierwszych 18 godzin choroby.

Combiesco. **Zmiany histologiczne u świnek morskich wywołane przez zakażenie b. histolíticus.** Autor dochodzi do wniosku, iż zmiany powstające w tkankach pod wpływem zakażenia przez b. histoliticus, uwarunkowane są przez zdolność tego drobnoustroju do wywoływania bardzo silnych obrzęków. Płyn obrzękowy wciskając się między oddzielne komórki, narusza całość tkanek, prowadzi komórki do rozpadu i zmienia tkanki w ciągu kilkunastu godzin w półpłynną krwawą masę, co wywołuje niekiedy nawet autoamputację całych kończyn. Rozpad niema charakteru gnilnego. U ludzi czyste formy zakażenia przez b. histoliticus zdarzają się bardzo rzadko. Zwykle dołącza się zakażenie wtórne przez b. sporogenes, bifermentans, putrificus, nadając sprawie charakter rozpadu gnilnego.

Scarlatti. **O bakterjolizie gonokokków.** Autor stwierdza, iż surowica rozmaitych zwierząt w rozmaitym stopniu posiada zdolność rozpuszczania gonokokków. Najsilniej wyrażona jest ta zdolność w surowicy bydlęcej, świńskiej i baraniej, w słabszym stopniu posiada je surowica świnek morskich i króli. Surowica ludzka nie rozpuszcza dwoinek Neisser'a.

Autor uważa, iż zjawisko to może być wykorzystane w leczeniu zakażenia gonokokkowego.

Bohdanowicz, (Warszawa).

Archives of Internal Medicine.

Nr. 5. T. 35. 1925.

J. F. Schamberg i H. Brown. **O wpływie różnych czynników na zaczyny krwi i skóry.** (Działanie promieni pozafiołkowych, szczepionek olejku terpentynowego neoarsfenaminy i autohemoterapji). Doświadczenia robione na królikach i na ludziach wykazały, że:

1) Naświetlanie promieniami pozafiołkowemi obniża czynność lipolityczną surowicy krwi, a zwiększa czynność proteolityczną tejże surowicy.

2) Domięśniowe wstrzykiwanie dawek leczniczych olejku terpentynowego, krwi własnej i podskórne stosowanie szczepionki przeciwgronkowcowej zwiększają obie czynności w surowicy krwi.

3) Dożylne stosowanie neoarsfenaminy jakoteż wody przekroplonej w małych dawkach obniżają wymienione czynności w surowicy.

4) Skóra królików oddziaływuje na promienie pozafiołkowe zmniejszeniem lipazy i proteazy.

I. A. Mauville. **O zmianach chorobowych u białych szczurów na diecie bez witamin A.** Dieta bez witamin A. u szczurów młodych wywołuje zmiany organiczne, zaś u starych zmiany czynnościowe.

Zmiany te występują najpierw w gruczołach. Wszystkie inne zmiany są następstwem tego umiejscowienia i pozostają w związku z niedomogą wydzielniczą tych gruczołów.

Badanie wydzieliny gruczołów jamy ustnej zapomocą wacików zwilżonych wskaźnikiem wykazuje w tych razach stałe zmniejszenie się zasadowości śliny i suchość błon śluzowych (xerostomia).

Stan ten sprowadza złuszczanie się nabłonków, a to ułatwia wszelkiego rodzaju zakażenia.

J. A. Myers i C. H. Rice. **O zależności zmian pojemności życiowej płuc w przypadkach przewlekłego schorzenia opłucnej i gruźlicy płuc.** Autor stwierdza doświadczalnie, że pojemność życiowa płuc zmniejsza się proporcjonalnie do wymienionych zmian w narządach oddechowych.

W przypadkach trudności rozpoznawczych oznaczenie pojemności życiowej i porównanie jej z wartościami przeciętnemi ułatwiłyby wykazanie obecności zmian chorobowych, a nawet rozpoznanie ich umiejscowienia.

J. Kaufmann, E. Mason. **Nephrosis.** Przedstawia przypadki 3-ch typów klinicznej, przewlekłej nefrozy.

Jako typ pierwszy przedstawia przypadek o silnie rozwiniętych obrzękach i puchlinie o niskiem ciśnieniu krwi, o obfitej zawartości albumin w moczu o wysokim c. g., obfitującym w wałeczki bez obecności ciałek czerwonych. Pozatem brak zmian w siatkówce, wydalanie ciał azotowych odbywa się prawidłowo, ilość azotu niebiałkowego we krwi prawidłowa przy wzmożonej ilości cholesteryny, z równoczesnem obniżeniem zawartości białka, a względnym wzrostem globulin. Dalej zatrzymanie chlorków i postępująca niedokrewność.

W typie drugim znajduje mierne podwyższenie ciśnienia krwi, zmiany w siatkówce i utratę zdolności zagęszczania moczu. Tu jest też zaburzenie w wydzielaniu ciał azotowych, w moczu i w puchlinach obecne są tłuszcze.

Pozatem obrzęki, zatrzymanie chlorków, wzrost ilościowy cholesteryny we krwi, podobnie jak w typie pierwszym.

W typie trzecim znajduje w początku choroby obraz typu pierwszego przechodzący zwolna w typ drugi. W rozważaniu, czy nefroza jest schorzeniem odrębnem, czy też częścią schorzenia ogólnego i tylko jego wyrazem, przypuszcza jako powód obrzęków zmienioną przepuszczalność naczyń z przyczyn bądź toksycznych, bądź odżywczych, natomiast nefrozę traktuje jako wczesny objaw wielkiego procesu zwyrodnieniowego, który dotyczy całego systemu komórek z przyczyn jeszcze nieznanych.

S. W. Clausen. **O wydalaniu kwasów organicznych w przebiegu zapalenia płuc.** Szereg doświadczeń wykazał obfitą zawartość kwasów organicznych w moczu po przebytem przesileniu zapalenia płuc.

Maksimum tego wydalania przypada na okres rezolucji.

Część tych kwasów rozpuszcza się w eterze, druga część jest nierozpuszczalną. Tych ostatnich jest w moczu najwięcej. Mało jest znaną przyroda tych kwasów nierozpuszczalnych jest jednak rzeczą prawdopodobną, że kwas acetooctowy bywa w tych przypadkach częściowo obecny w moczu.

Kwasy w eterze rozpuszczalne znachodził autor sposobem następującym:

Eterowy wyciąg większej ilości moczu zadawał nasyconym wodorotlenkiem barowym. Przez przesączenie usuwał osad, a przesącz odparowywał do małej objętości i wyciągał ponownie eterem.

Ten ostatni proceder odbywa w kilku częściach dodając do każdej 1/5 objętości H_2SO_4 celem usunięcia baru. Poszczególne wytych kwasów w wodzie i w eterze przez miareczkowanie 20 normal. czystym wodorotlenkiem sodowym.

Co się tyczy chemizmu tych kwasów to przypuszcza obecność kw. mrówkowego, mlekowego, betahydro-oksymasłowego, octowego, i innych.

R. S. Hubbard. **O kwasocie żołądka i fali alkalicznej w moczu.** W rozważaniu zależności powyższej podnoszonej przez szereg autorów wykazuje doświadczalnie, że wydzielanie kwasu solnego w żołądku powoduje istotnie zwolnienie w odczynie moczu.

Podnosi jednak nieścisłość tychże doświadczeń:

z powodu a) trudności w określeniu każdoczesnej ilości HCl przy podaniu w tym celu próbnego śniadania;

z powodu b) trudnego rozstrzygnięcia, jak dużo tego wyprodukowanego HCl zostało zobojętnione przez produkty trawienia.

z powodu c) braku pewności o ile warunki przy śniadaniach próbnych są identyczne z warunkami życiowemi. W myśl tego sądzi, że przy obecności małych i prawidłowych ilości kwasu solnego zmian w odczynie moczu może brakować. — Gdy jednak te wahnienia w odczynie moczu zaistnieją w przypadkach hipochlorhydrji można się liczyć z obecnością większych niż zwykle ilości kwasu solnego.

J. Treiger. **Nietypowy przypadek splenomegalji.** Przedstawia kobietę sześćdziesięcioletnią, która przeszła tyfus w dziesiątym roku życia, a rzucawkę w trzydziestym pierwszym roku. Dziewiętnaście lat temu rozpoznano u niej powiększenie śledziony.

Badanie obecne wykazało u niej znacznie powiększoną śledzionę i wątrobę.

W obrazie krwi niedokrwistość i leukopenja. W dniach ostatnich zauważono leukocytozę ze zmianami szpikowemi.

Przebieg choroby dzieli autor na 3 okresy: 1) śledzionowy, 2) wątrobowy, 3) szpikowy. Okres pierwszy trwał około 20 lat, drugi kilka lat, a trzeci rozpoczął się niedawno.

Wychodząc z założenia, że istnieje wzajemna zależność funkcji śledziony, wątroby i szpiku kostnego stara się autor wykazać w powyższym przypadku chorobową zależność czynności tych trzech narządów w przekonaniu, że dotychczas opisywano tę wzajemną zależność tylko między wątrobą a śledzioną.

Chingson S. Ling. **O mechanizmie oddziaływania białka nieswoistego w leczeniu chorób.** Autor wstrzykiwał królikom i ludziom wodę przekroploną surowicą własną i końską, mleko, krotalinę, pepton i szczepionkę tyfusową. Przytem wykazywał, że te czynniki u osobników prawidłowych wywołują podwyżki ciepłoty od $^1/_2$—1^0 C. w ciągu 4 godzin po zabiegu.

Co do siły w odczynie grupuje te ciała kolejno: szczepionka, pepton, mleko, surowica.

Wszystkie te ciała powodują mobilizację c. białych, a mianowicie:

1) Stałą leukocytozę spotykał po wstrzyknięciu mleka i szczepionki.

2) Wzrost obojętnochłonnych po wstrzyknięciu mleka, szczepionki i peptonu.

3) Stałą limfocytozę po wstrzyknięciu wody przekroplonej i krotaliny.

4) Stałą eozynofilję po wstrzyknięciu peptonu.

Hirotoshi Haskimoto. **O przejściowych zaburzeniach w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem po wstrzykiwaniach histaminy.** Autor wstrzykiwał dożylnie histaminę, młodym psom

w ilości 2 mg na kg wagi i wykazał, że ciało to powoduje szybko opóźnienie w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem, jakoteż przejściowy, całkowity lub częściowy blok sercowy. Przeciętna trwania opóźnienia w przewodnictwie wynosiła około 12 minut, zaś bloku sercowego $4^1/_2$ minuty. Ponieważ wyniki powyższe otrzymywał także po przecięciu n. błędnych lub też po ich atropinizacji, przeto sądzi, że histamina nie wywiera działania wagotonicznego, ani centralnego, ani obwodowego.

T. 36. Nr. 1.

A. Cohn i S. A. Levine. **O dobroczynnym wpływie chlorku barowego na zespół objawów Adamsa Stokesa.** Przedstawia korzystny wpływ chlorku barowego w przypadkach całkowitego bloku sercowego z objawami zapadu i drgawkami podczas gdy inne zwykłe środki lecznicze z epinefryną włącznie nie zapobiegały nawrotowi ataków.

W tym celu stosował 30 mg chlorku barowego 3 do 4 razy dziennie doustnie i uzyskiwał natychmiastowe i długoczasowe wyniki lecznicze.

Napady ustępowały w zupełności.

Chlorek barowy zwiększa pobudliwość komór sercowych i zapobiega długim okresom asystolji W przypadkach bardzo częstych ataków wyniki są wprost zdumiewające.

M. Richter. **Białaczka.** Odczyn oksydazy w preparatach krwi wykonany metodą benzydynową występuje tylko w tych ciałkach białych, które zawierają ziarenka obojętnochłonne i kwasochłonne. Ponadto dają ten odczyn azuro-chłonne ziarenka monocytów i myeloblastów.

Nie dają tego odczynu ciałka białe pozbawione ziarenek, ciałka białe zasadochłonne, niedojrzałe ziarenka kwasochłonne, niedojrzałe ziarenka kwasochłonnych myelocytów, azurochłonne ziarenka limfocytów jakoteż ziarenka płytek i megakarjocytów.

Odczyn oksydazy niema wartości rozpoznawczej w odróżnieniu białaczki szpikowej od białaczki limfatycznej.

Ziarnistości azurochłonne komórek szpikowych przedstawiają prawdopodobnie wczesny okres myeloidalnej przemiany macierzystych komórek krwi.

W. C. Foster, R. W. Hausler. **O ostrej niedrożności jelit.** Dowodzi doświadczalnie na bogatym materjale zwierzęcym, że śmierć w ostrej niepowikłanej niedrożności jelit polega na wygłodzeniu. — Zmiany w chemizmie krwi w tychże niepowikłanych przypadkach okazują prawie tożsamość zmian znajdowanych w przypadkach zupełnego wygłodzenia.

Niema tu zmniejszenia chlorków we krwi, natomiast bardzo wyraźnie występuje utrata wody ustrojowej.

Max Kahn. **Intarvin w cukrzycy.** Intarvin jest estrem glicerynowym kwasu margarynowego, o wyglądzie białawym, bez smaku i bez zapachu, topi się w ciepłocie 38° C.

Stosowany przez autora w przypadkach cukrzycy poprawiał stan odżywienia chorych, którzy przybierali na wadze, łagodził ich nadmierne łaknienie, wzmacniał ich tak, że się nie uskarżali na zmęczenie i osłabieninc, jakto często spotykamy u chorych na cukrzycę.

Przytem nie sprowadza kwasicy i nie podwyższa cukru, co też autor na 100 przypadków doświadczalnie wykazał.

Można więc bezpiecznie stosować intarvin u chorych na cukrzycę zachowując insulinę tylko dla przypadków bardzo ciężkich.

William Washington Graves. **O typach ludzkich łopatek.** Autor zacheca i podaje sposoby do klasyfikacji różnych typów ludzkich łopatek i wyraża przypuszczenie, że istnieje pewna zależność między typem łopatki a długością życia, śmiertelnością, dziedzicznością i zdolnością poszczególnych osobników.

Stephen D'Irsay. **O dynamice serca.** Jest rzeczą znaną, że okres skurczu mięśnia poprzecznie prążkowanego i sercowego, podczas którego napięcie wewnętrzne dosięga stopnia pożądanego jest okresem izometrycznym. Izometryczny skurcz mięśnia sercowego odbywa się w ciągu danego ustalonego czasu i jest zrównoważony danym, stałym oporem.

Na tej podstawie można wnosić, że w przypadkach schorzenia mięśnia sercowego, które obniża jego napięcie, długość trwania okresu izometrycznego w odniesieniu do całkowitego skurczu jest nieproporcjonalnie większe.

Procentową zależność między isometrycznym okresem, a całkowitym skurczem można uważać za funkcję napięcia. Zwykle wynosi ona 15 do 16% i nie bywa niższą od 13%. Wartości ponad 18% można uważać za chorobowe. Najwyższe procentowe wartości spotykano w przypadkach miażdżycy sercowo-nerkowej.

Brown-O'Leary. **Naczynia włosowate a sclerodermia.** Autorowie badali przy pomocy stereomikroskopu zachowanie się naczyń włosowatych w skórze części łożyskowej paznokcia w 10 przypadkach i stwierdzili w pięciu tychże przypadkach wyraźny obraz sclerodermji, zaś w pozostałych głównie zespół objawów Raynouda w połączeniu ze sclerodermią. Przypadki te ujęli w 3 grupy według różnicy w naczyniach włosowatych, tak co do budowy i kształtu jakoteż co do napięcia i wypełnienia tych naczyń.

Grupa pierwsza obejmująca właściwą rozlaną sclerodermję, w której wykazali ilościowy brak pętli naczyniowych, idący w parze z zaburzeniami odżywczemi.

Grupa druga przedstawiająca typ naczynioruchowy w którym zachodzą nieprawidłowe odczyny naczynioruchowe w postaci rozszerzeń zastoju i zaburzeń w przepuszczalności naczyń, z następowemi zmianami w skórze.

Ta druga grupa stanowi właśnie prawdziwe schorzenie Raynouda, jakkolwiek klinicznie miesza się ją z pojęciem sclerodermji.

Zalecają przeto jako moment rozpoznawczy między dwiema grupami tych schorzeń baczne studjowanie zachowania się naczyń włosowatych skóry.

E. Moschowitz. **Ostra, gorączkowa, pleiochroniczna postać niedokrwistości z zakrzepami szklistemi tętniczek końcowych i naczyń włosowatych.** Przedstawia przypadek niedokrwistości u dziewczyny 16-letniej, która zachorowała nagle wśród objawów bólu w kończynach, gorączki i mleczno-kawowego zabarwienia ciała.

Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian. We krwi natomiast niecałe $1^1/_2$ miljona c. czerwonych z małą leukocytozą. Odsetek hemoglobiny znacznie zmniejszony, form jądrzastych nie znaleziono. Po 2 tygodniach choroby wystąpił niedowład w lewej górnej i dolnej kończynie z małem porażeniem n. twarzowego. Wtedy zauważono objaw Kerniga. Dnia następnego wystąpił obrzęk płuc i zejście śmiertelne. Sekcyjnie wykazano przerost m. lewej komory serca, zmiany tłuszczowe wątroby i przekrwienia narządów. Rozpoznano niedokrwistość. Badanie drobnowidowe wykazało dużo szklistych zakrzepów w tętniczkach końcowych mięśnia sercowego. Podobnie w wątrobie, w śledzionie i w nerkach.

Co się tyczy patogenezy tych zakrzepów szklistych przytacza autor zapatrywanie Flexnera, który wytwarzając takie zakrzepy przez wstrzykiwanie wysoko aglutynujących ciał u królików sądzi, że te ciała jakoteż niektóre bakterje mają właściwość niszczenia ciałek czerwonych i wytwarzania zakrzepów aglutynacyjnych o wyglądzie szklistym.

Na tej podstawie przypuszcza autor, że w przypadku opisanym zadziałał bardzo silny jad mający własności tak aglutynacyjne, jakoteż i hemolityczne.

Feniblatt Eggerth. **Antigen gruźliczy Dreyera.** Wykazuje doświadczalnie, że na 25 papug gwinejskich sztucznie zakażonych gruźlicą, z których 12 otrzymało szczepienie lecznicze antygenu Dreyera, zaś 9 szczepienie zapobiegawcze i lecznicze przy czterech płatkach kontrolnych, nie mógł wykazać jakiegokolwiek dodatniego wpływu na zakażenie ani na przebieg choroby.

Howard Root i Marion Baker. **Insulina i jeruzolimskie słoneczniki w leczeniu cukrzycy.** Podawali chorym na cukrzycę jeruzolimskie słoneczniki do ich zwykłej diety i zauważyli, że nie powodują podwyżki cukru i doskonale zastępują pokarmy obfite w węglowodany. Przy tem zauważyli, że chorzy uzyskiwali podwyższenie tolerancji na węglowodany, przybywali na wadze nawet przy małeńkich dawkach insuliny. Badanie krwi przy podawaniu tych owoców wykazywało znacznie mniejszy poziom cukru niż przy podawaniu równej ilości węglowodanów w postaci lewulozy.

Co się tyczy podawania insuliny to zauważyli, że insulina nie podwyższa znacznie poziomu cukru we krwi, wpływa jednak na współczynnik oddechowy i na przemianę materji.

Podawanie tak słoneczników, jakoteż insuliny i lewulozy zwiększa zawartość lipoidów w osoczu. Największy wzrost zauważyli przy podaniu lewulozy w przypadkach ciężkiej cukrzycy, najmniejszą zaś lipoidemję spotykali w związku z żywieniem słonecznikami.

Liu Shih-Hao i Chaug Hsiao-Chien. **Hipoglikemja.** Opisują przypadek 33 letniego chińczyka, który od kilku dni począł cierpieć na biegunkę i kurcze w okolicy dołka. Po zastosowaniu łagodzących środków przeczyszczających, chory dostał silnych kurczów w brzuchu, przyczem wystąpiły skurcze w kończynach, tak dolnych, jak i górnych, bladość twarzy, drżenie ciała, zimne poty, tętno ledwo macalne.

Jakkolwiek objaw Chwostka był tu nieobecny, to jednak można było myśleć o tężyczce.

W tym celu pobrano krew na oznaczenie wapna i fosforu. Skoro się okazało, że wartości wapna były prawidłowe, a wartości fosforu mniejsze, obliczono procent cukru we krwi, gdzie znaleziono stan niedocukrzenia krwi.

Stąd wniosek, że poza insuliną są takie cierpienia, w których niedocukrzenie krwi występuje samoistnie.

W przypadkach cholery, gdzie skurcze mięśniowe zwykliśmy dotychczas odnosić do utraty wody ustrojowej byłoby wskazanem zbadać zachowanie się cukru we krwi.

Z. Tomanek. (Lwów).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 37. 1925

Dr. A. Reist. **W sprawie zwiększania się jadowitości drobnoustrojów.** Autor dochodzi do przekonania, że badanie wzrostu jadowitości paciorkowców in vitro podane przez Kustnera i Philipa nie mogą mieć tak doniosłego znaczenia klinicznego, jak chcą autorzy.

Częstą rozbieżność pomiędzy wynikiem próby jadowitości, a przebiegiem klinicznym tłumaczyć należy nie niedokładnością metody lecz umiejscowieniem zarazków.

Wyniki badań według Rugego Philipa przemawiają za kierunkiem zachowawczego leczenia poronień zakażonych.

A. Calmann. **Rozwiązanie zapomocą leków i oszołomienie eterowe długotrwałe według Wederhackiego.** Autor stosując z powodzeniem metodę szybkiego rozwiązania preparatami przysadki podaną przez Steina, uważa, że ponieważ nasilenie bólów porodowych przy tej metodzie wzrasta kilkakrotnie, wskazanem jest użycie długotrwałego oszołomienia eterem według Wederhackego.

Nr. 41. 1925.

Heynemann. **Rozpoznanie różniczkowe między nerką ciążową, a chronicznem zapaleniem nerek w ciąży i między rzucawką porodową, a mocznicą.** Ważnem w rozpoznaniu różniczkowem między rzucawką porodową, a mocznicą jest oznaczanie azotu resztującego, indykanu i mocznika we krwi. Zapach amoniaku z ust chorej i zmniejszona ilość moczu przy niskim c. wł. przemawiają za mocznicą. Trudniejsze jest różniczkowanie między nerką ciążową, a chron. zapaleniem nerek w ciąży. W przyp. nerki ciążowej można często stwierdzić wyższe ciśnienie krwi, ciałka czerwone w moczu, a nawet *retinitis albuminurica* i powiększenie serca, jak w chronicznem zapaleniu nerek. Wystąpienie objawów nerkowych w pierwszej połowie ciąży przemawia za chron. zapaleniem nerek, w drugiej połowie ciąży za nerką ciążową. Cenne wskazówki może dać dokładna anamneza.

F. Burghardt. **Znaczenie Pielografji dla lekarza chorób kobiecych.** Autor podnosi doniosłe znaczenie pielografji w chorobach kobiecych w tych przypadkach, w których ból dołem brzucha nie da się wytłumaczyć stanem narządów rodnych. Opisuje przypadek wodonercza i nisko usadowionej nerki.

A. Baidin. **Rzadki przypadek obrażenia cewki moczowej podczas porodu i sposób operacyjnego leczenia tegoż.** Autor opisuje przypadek zupełnego zniszczenia przedniej ściany cewki przy porodzie kleszczowym. Podaje następnie sposób plastycznego zaszycia ubytku, przyczem celem uniknięcia *incontinentia urinae* użył do zastąpienia mięśnia zwierającego, powięzi m. pyramidalis według Goebla Stoeckla.

Garfunkel-Roster. **Przyczynek do Küstnerowskiej metody operacji przetok.** Autor opisuje przypadek podwójnej przetoki pęcherzowo szyjnej operowany metodą Küstnera.

J. Krzyżanowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach

A) Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 23. r. 1925.: W Janusz i A. Lachmund: Częściowe zwłóknienie żołądka t. zw. Linitis plastica. — T. Łapiński: Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych. — J. Zaorski: Przygotowanie chorego do krwawych zabiegów żołądkowych. — Wł. Janowski: Wspomnienie pośmiertne Józefa Pawińskiego.

Lekarz Wojskowy Nr. 9: H. Szczodrowski: Zapobieganie kile. — J. Babecki: W sprawie dezynfekcji. — L. Rosokowski: Znaczenie kompanji jagliczej. — H. Becker: Przyczynek do analizy smalcu wieprzowego i masła. — Z. Gilewicz: W sprawie konnego wozu sanitarnego do transportu rannych. — **Nr. 10:** L. Sojka: Studja higjeniczne nad chlebem żołnierskim. — A. Kończacki: Służba zdrowia w czasie manewrów kawalerji na Wołyniu. — L. Karwacki i W. Klonowski: Z kazuistyki posocznic. Przypadek posocznicy o cechach rumienia zakaźnego. — L. Karwacki i W. Wenzel: Z kazuistyki posocznic. Przypadek posocznicy gonokokowej o cechach ostrego gośćca wielostawowego.

Przegląd Dentystyczny Nr. 11: H. Wilga: Zęby pod względem antropologicznym. — J. Sosnowski: Mechaniczne przygotowania pokarmu w państwie zwierzęcem. — L. Brennejsen: Unieruchomianie nakrętek na śrubach w aparatach regulacyjnych. — A. Gruszczyński: Wspomnienia z XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Polski Przegląd Chirurgiczny Tom IV. zesz. 4: Sprawozdanie z obrad Sekcji Chirurgicznej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników.

Przemysł Chemiczny Nr. 11 i 12: J. Mościcki: W sprawie produkcji stężonego kwasu azotowego w Polsce. — W. Kamieniobrodzki: Kwas azotowy z saletry amonowej. — J. Florjan: O własnościach odbarwiających różnych ziem. — M. Bornstein: O naukowej organizacji pracy w przemyśle chemicznym.

Nowiny psychjatryczne kwart. IV. 1925: VI. Kongres przeciwalkoholowy. — A. Piotrowski: Spostrzeżenia psychjatryczne zagranicą. — O. Bielawski: Schizofrenja. — K. Mikulski: Przypadek syringomyelji po nieszczęśliwym wypadku przy pracy. — Fr. Berezowski: Próby leczenia niektórych procesów ekstrapiramidowych przez stosowanie As + Hg + J.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Forsbildung in 12 Monatsheften. (Monachium, 7. F. Lehmann). 1925. Zeszyt. 12. (Cena 2 M. n.).

Treść: 1) Prof. Zeller: W sprawie chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy. — 2) Krecke: Wczesne rozpoznanie raka żołądka. — 3) Prof. Hohmann: Przegląd prac ortopedycznych. — 4) Prof. Zeller: Przegląd prac chirurgicznych.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne. Oddział Lwowski.

Posiedzenie naukowe w dniu 15. października 1925.

1. Kol. Goldschlag i Griffel pokazują chorą z Oddziału prym. Domaszewicza, która obok porażenia postępującego okazuje rozległe zmiany na karku, ramieniu prawem i przedramieniu lewem, należące do obrazu **lues tubero-serpiginosa.** Rozpoznanie porażenia postępującego oprócz objawów klinicznych potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego z reakcjami swoistemi, z wyjątkiem odczynów koloidalnych okazujących obraz przejściowy między lues spinalis i paralysis progessiva. Leczenie bizmutem i salwarsanem wpłynęło korzystnie na objawy skórne i mózgowe. Na zapytanie kol. Lenartowicza podaje kol. Griffel, że na oddziele leczą p. p. i tabes malarją i szczepionką durową z dobremi wynikami, w danym przypadku nie stosowano tego z powodu złego stanu sił chorej.

2. Kol. Mierzecki przedstawia chorego, u którego bezpośrednio **po drugiem leczeniu przeciwkiłowem wystąpiła papula na prąciu** i pozytywny odczyn krwi, a obecnie — wśród leczenia trzeciego — wystąpiła ponownie papula.

3. Kol. Goldschlag przedstawia chorą, która okazuje na obu ramionach niebieskawe guzki ze strupkami: **tuberkulidy papulo-nekrotyczne,** na grzbiecie nasady palców ręki lewej półkolisto ułożone grupy guzków małych niebieskawych z małymi strupkami granuloma annulare; na tylnej powierzchni obu podudzi guzy podskórne o nieostrych granicach, gdzieniegdzie owrzodziałe: Erythema induratum Bazin?

W dyskusji zabiera głos kol. Leszczyński i kol. Lenartowicz, który się dziwi, czemu nie zbadano krwi na odczyn Wassermanna.

4. Kol. Andruszewski przedstawia chorego ze **zmianami wilka na nosie,** w którym uderza to, że według ścisłych zapodań chorego miały wystąpić przed 6 miesiącami, co się z klinicznym wyglądem niezgadza.

5. Kol. Fleck pokazuje preparat mikroskopowy **Leishmania z przypadku Bonton d'Aleppo,** spostrzeganego przez kol. Leszczyńskiego. Kol. Leszczyński opisuje kliniczny wygląd przypadku.

6. Kol. Blatt przedstawia chorą z **twardziną skóry** kończyny dolnej lewej, gdzie podejrzywa zmiany w tarczycy — może specyficzne? mimo braku objawów specyficznych.

7. Kol. Blatt przedstawia kobietę z rozległym **toczniem rumieniowatym** i dwoma ogniskami na skórze owłosionej głowy.

Posiedzenie naukowe w dniu 5. listopada 1925.

1. Kol. Brill pokazuje 21. letniego chorego z **osutką drobno-plamistą** rozsianą na tułowiu, która się pojawiła w 15 roku życia, czasami na krótko znika, poczem znów występuje: **Pityriasis lichenoides chronica.**

2. Kol. Goldschlag pokazuje chorą z **granuloma annulare;** Wassermann i Sachs-Georgi ujemne; jedno ognisko zupełnie znikło; tuberkulidy ustępują pozostawiając pigmentowane blizny.

3. Kol. Goldschlag pokazuje chorą z **Pityriasis lichenoides chronica;** Wassermann i Sachs-Georgi ujemne. Terapja kombinowana: As i lampa kwarcowa.

Dyskusja: Kol. Lenartowicz podnosi dobre wyniki takiej terapji. Kol. Leszczyński oświadcza się raczej za nazwą Parapsoriasis; Kol. Andruszewski uważa nazwę Parapsoriasis za niewłaściwą. Kol. Goldschlag przypomina, że nazwa parapsoriasis jest późniejszą; wcześniejsze są: parakeratosis variegata Nonne-Pollitzer-Sauli, Lichen variegatus Croker.

4. Kol. Goldschlag pokazuje chorą a) **z kilakową postacią kiły,** Livedo racemosa Ehrmanna, b) chorą z **lues tubero-serpiginosa** na głowie karku i mostku, c) trzy chore z **Angiokeratoma Nibelli** w różnych okresach rozwoju zmian; casus pro diagnosi: pęcherze rozmaitej wielkości, niektóre z treścią krwawą, na grzbietach rąk, Variola vaccina?

5. Kol. Leszczyński pokazuje chorą z **Prurigo agria Hebrae,** leczoną z dobrym wynikiem insuliną; zmiany od dzieciństwa; przed kilku miesiącami leczona autohemoterapją, peptonem i pancreonem, poczem polepszenie. 26. IX. Nawrót, leczenie wyłącznie insuliną, 5 jednostek dziennie, 190 w 6 tygodniach; powolna ale stała poprawa. Prurigo należy do grupy chorób anafilaktycznych, prawdopodobnie na tle niedomagania funkcji wątroby; wynik prawdopodobnie tylko czasowy, dlatego zalecił dalej zażywanie pancreonu. Rozchodzi się nie o hormon trzustki, ale o dysfunkcję wątroby.

Dyskusja: Kol. Lenartowicz zaleca autohemoterapję; Kol. Ostrowski pyta, czy nie zachodzi raczej Dermatitis pruriginosa.

6. Kol. Andruszewski przedstawia chorego ze zmianą w postaci typowego motyla zajmującego nos i oba policzki, w jej górnej lewej części owrzodzenie prawie okrągłe o średnicy 6 cm, klinicznie nowotwór nabłonkowy; zmiany na policzku są to blizny raczej po Lupus erythematodes, niewykluczając jednak Lupus vulgaris. Jedynie dwa ogniska, jeszcze czynne, na głowie, niewątpliwie **toczeń rumieniowaty** przemawiają za tem, że i na twarzy była ta sama sprawa. W takim razie nowotwór powstał może na tle polypragmazji, gdyż stosowano kilkakrotnie Roentgena, rad, skaryfikacje i t. p. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie kankroidu.

7.Kol. Andruszewski przedstawia chorego z rozlicznemi ogniskami **tocznia rumieniowego** na twarzy i małżowinach usznych, różnej wielkości, typu naczyniowego, w których momentem szczególnym jest powstanie nagłe przed 4 miesiącami i brak posuwania się sprawy od 2 miesięcy.

Posiedzenie naukowe w dniu 12. listopada 1924.

1. Kol. Ostrowski wygłasza odczyt: **Odczyn oczno-sercowy w niektórych dermatozach pod wpływem jadów wegetatywnych.** Rzecz drukowana w P. G. L.

Posiedzenie naukowe w dniu 17. listopada 1925.

1. Kol. Kostka przedstawia chorego z **przemijającemi obrzękami skóry** w rozmaitych okolicach ciała; szczyty płuc zgęszczone, tarczyca macalna, odruch oczno-sercowy wzmożony: Oedema circumscriptum Quincke.

2. Kol. Kostka przedstawia chorego ze zmianami na grzbiecie dwóch palców ręki prawej: **Angiokeratoma Mibelli.**

3. Kol. Ostrowski przedstawia chorą z powtarzającemi się pęcherzami na błonie śluzowej podniebienia twardego, badanie krwi wykazuje 37% limfocytów, lekką eozynofilię, ilość chlorków w moczu prawidłowa, mimoto rozpoznaje: **Pęcherzycę.**

4. Kol. Ostrowski przedstawia chorą ze **Sclerodermia en plaques** na brzuchu; rozpoczynające się ogniska na podudziu.

5. Kol. Ostrowski przedstawia chorą z **płaskim liszajem czerwonym**, u której wśród leczenia nastąpiło rozsianie się sprawy. Kol. Leszczyński zwraca uwagę na dobre wyniki naświetlania rdzenia Roentgenem.

6. Kol. Kwiatkowski przedstawia przypadek **Acrodermatitis atrophicans Herscheimer.**

7.Kol. Ostrowski pokazuje po raz wtóry dziewczynę z **pyodermią;** przebieg reszty objawów przemawia za Pityriasis rosea Gibert.

8. Kol. Mierzecki przedstawia cztery przypadki **tocznia rumieniowatego,** leczonego na polecenie prof. Lenartowicza zapomocą pędzlowań c. Acid. carbol. liquefact. Wyniki są bardzo zachęcające.

9. Kol. Blatt przedstawia a) chorą z **kilakowem zapaleniem kości** stwierdzone prześwietleniem; b) z **Lues tubero-serpiginosa** na stronie wyprostnej przedramienia: c) już raz pokazaną z **dermatitis herpetiformis Duhring,** obecnie po skutecznem leczeniu urotropiną, chininą, diuretyną i kąpielami krochmalno-dziegciowemi; d) chorą z **kilakami nosa,** która na prowincji przez dłuższy czas była leczona jako toczeń.

Posiedzenie naukowe w dniu 26. listopada 1925.

1. Kol. Leszczyński przedstawia chorą ze zmianą na policzku prawym, naciek okrągły, czerwony, brzegi wałowate, środek zapadnięty: **Sarcoides Boeck.**

2. Kol. Leszczyński przedstawia dwie chore z **Dermatitis herpetiformis Duhring,** jedna już raz demonstrowana, obecnie uleczona, drugą w ostrym napadzie przed leczeniem. System leczenia: chinina i diuretyna per os, urotropina 40% śródżylnie i kąpiele krochmalno-dziegciowe. Dobry efekt tego leczenia w pecherzycy i D. h. Duhring.

W dyskusji kol. Lenartowicz mówi o próbie jodowej; zaleca zamiast diuretyny novasurol; kol. Mahl podnosi wąskość żył w pęcherzycy; kol. Ostrowski uważa retencję chlorków i gotowość do obrzęków ze jeden objaw.

3. Kol. Leszczyński przedstawia chorą już raz pokazaną z **twardziną skóry** po dobrym wyniku leczenia swoistego. Kol. Ostrowski podnosi wpływ gruczołów rozrodczych obok tarczycy, kol. Szczurkowski, dobry wpływ lampy kwarcowej podług Janiszewskiego.

4. Kol. Leszczyński przedstawia przypadek **Granulosis rubra nasi Jadassohn.**

5. Kol. Sawicka zdaje sprawę z przypadku **nosacizny z zejściem śmiertelnem,** a kol. Fleck pokazuje preparaty mikroskopowe i hodowle z tego przypadku.

Dyskusja: Kol. Kwiatkowski dziwi się, że sekcja nie wykazała ropni w płucach i wątrobie. Kol. Goldschlag podnosi, że opisany przypadek nie zgadza się z opisami zresztą niejasnemi w piśmiennictwie i proponuje ogłoszenie ostrzegającego komunikatu w prasie.

6. Kol. Kwiatkowski przedstawia chorego z rozległemi **zmianami 3-ciorzędowej kiły na szyji, tułowiu, pośladkach,** z dobrym wynikiem leczenia swoistego, u którego rozpoznano gruźlicę skóry, nerki i jądra i wykonano usunięcie jądra.

Dyskusja: Kol. Nadel, Loewenheck, którzy są za gruźliczą naturą zmian; Kol. Goldschlag, kol. Ostrowski i kol. Leszczyński, który podnosi przewagę wyraźnego obrazu makroskopowego nad wynikiem badania histologicznego.

7. Kol. Mierzecki przedstawia chorą z **nadmierną wrażliwością na rtęć.**

8. Kol. Kwiatkowski pokazuje dwie chore z objawami **kiły 3-cio rzędowej na skórze,** u których punkcja lędźwiowa wykazała wyraźne zmiany swoiste w płynie mózgowo-rdzeniowym.

9. Kol. Ostrowski przedstawia **casus pro diagnosi:** dziewczynka 10-letnia, u której po urazie w okolicę kolana lewego wystąpiła pyodermia, a obok tej na tułowiu, ramionach, głowie objawy przypominające jużto herpes tonsurans, jużto Pityriasis rosea Gibert, których ścisłe rozpoznanie natrafia na poważne trudności.

Dr. *Salpeter*, sekretarz.

SPRAWY ZAWODOWE.

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą we Lwowie.

IV. posiedzenie w dniu 12-go grudnia 1925 r.

Obecni: P. P. Dr. Mikołajski, Dr. Kuhn, Dr. Mosler, Gen. Dr. Zieliński, Dr. Meisels, Dr. Zablocki, Dr. Hornung, Prof. Dr. Rencki, Doc. Dr. Grek, Dr. M. Selzer, Prof. Dr. W. Nowicki, Doc. Dr. Quest, Dr. Chrapek, Prof. Dr. Lenartowicz, Dr. A. Jarocki, Dr. Świątkowski, Dr. Małaczyński, Dr. Zgórski, Dr. Tyszka.

Usprawiedliwili nieobecność: Prof. Dr. Gröer, Doc. Dr. Sabatowski, Dr. Bett, Dr. Legeżyński, Prez. Bugno.

Przewodniczy Dr. Mikołajski.

Porządek obrad: 1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia; 2. Sprawozdanie z działalności Komitetu wykonawczego Komisji i podanie do wiadomości Komitetu Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w sprawach gruźlicy; 3. I. Wojewódzki Zjazd Przeciwgruźliczy; 4. Wnioski członków.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Przewodniczący podaje do wiadomości następujące załatwienia:

Komitet Wykonawczy odbył posiedzenie w dniu 5. listopada na którem uchwalono zgłosić na II. Polski Zjazd Przeciwgruźliczy następujące referaty: O koniecznej potrzebie wydania ustawy o walce z gruźlicą. Ref. Dr. Kuhn. — Organizacja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem. Ref. Dr. Mikołajski. — Walka z gruźlicą w Województwie lwowskiem w pięcioleciu 1921—1925. Ref. Dr. Mosler. — Statystyka śmiertelności z gruźlicy w mieście Lwowie w latach 1911—1925. Ref. Dr. Legeżyński. — Śmiertelność z gruźlicy u żydów w mieście Lwowie w latach 1911—1925. Ref. Dr. Selzer. — Ruch chorych na gruźlicę w szpitalach powszechnych w Małopolsce w latach 1911—1925. Ref. Dr. K. Lipski. — Zwalczanie gruźlicy wśród młodzieży szkolnej i wśród nauczycielstwa. Ref. Dr. Kociuba. — Uprzywilejowanie gruźlicy w ustawie emerytalnej. Ref. Dr. Szaynowski — Zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w Kasach Chorych. Ref. Dr. Seidl.

Komitet wykonawczy uchwalił urządzić I. Wojewódzki Zjazd Przeciwgruźliczy w Zielone Święta.

Zgodnie z uchwałą Komisji p. Wojewoda zaprosił na członków Komisji P.P. Prof. Gröera, Doc. Progulskiego, Doc. Questa, Prof. Bocheńskiego i Prof. Sołowija. Nadto przewodniczący za zgodą Pana Wojewody zaprosił do Komisji Prof. Lenartowicza, który organizuje leczenie gruźlicy skóry i tocznia lampą Finsena, Prof. Ostrowskiego, którego współpraca będzie cenną w dziale gruźlicy chirurgicznej, Dr. Chrapka, przewodniczącego Sekcji Higjeny T. N. S. W,. która rozwija działalność w zakresie Kolonij letnich i projektuje budowę sanatorjum dla młodzieży szkolnej, Dr. Jarockiego delegata lekarzy, prowadzących Przychodnię dla funkcjonarjuszy państwowych, Dr. Zgórskiego, Naczelnego lekarza Kolei we Lwowie i Dr. Tyszkę, asystenta Kliniki chorób wewnętrznych, pracującego w dziale gruźlicy.

Protokół poprzedniego posiedzenia Komisji i niektóre referaty przesłano Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia tudzież redakcjom Polskiej Gazety Lekarskiej i Lekarza Polskiego. Protokół zamieściła Polska Gazeta Lekarska (w Nr. 48 i 49) nadto referat Dr. Lipskiego. Gdy i dawniej to pismo ogłaszało nasze prace, mamy w nim jak gdyby swój organ, co przyczyni się bardzo do poparcia akcji przeciwgruźliczej. Także Lekarz Polski w Nr. 7. podał streszczenie protokołu i referat Dr. Dorosza, a zapowiedział publikację innych naszych referatów.

Na wniosek wydziału Zdrowia Publicznego Wojewoda wyraził na piśmie uznanie i podziękowanie Dr. Doroszowi za jego działalność na polu walki z gruźlicą, a podobny wniosek przedłożono Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Otrzymaną z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pierwszą ratę subwencji w kwocie 5.000 Zł. rozdzielono według uchwał Komisji.

Zwrócono się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia ponownie o wyasygnowanie drugiej raty subwencji.

Przedłożono Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wniosek o udzielenie dwóch mikroskopów, deponowanych w Wydziale Zdrowia, Przychodniom w Samborze i w Sanoku.

Ze sprawozdań lekarzy powiatowych okazuje się, że walka z gruźlicą ożywia się w wielu powiatach i ruch przeciwgruźliczy budzi się nawet w tych kilku powiatach, które dotąd były bierne.

Wydział Zdrowia wydał do Starostw okólnik, polecający skrzętniejsze czuwanie nad donoszeniem o przypadkach gruźlicy, niebezpiecznej dla otoczenia i o skonach z gruźlicy.

Na 4 tygodniowy kurs dla lekarzy Przychodni przeciwgruźliczych, który się odbył w listopadzie i w grudniu w Warszawie, wyjechała z Sanoka Dr. Marja Jaciowa.

Nową przychodnię przeciwgruźliczą, zatem trzecią z rzędu, utworzono we Lwowie w ambulatorjum dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin; Czwarta przychodnia organizuje się przy Starostwie lwowskiem dla powiatu lwowskiego.

Poniekąd jako piątą Przychodnię przeciwgruźliczą uważać można Przychodnię Opieki Zdrowotnej Studentów Szkół wyższych (P. Gaz. Lek. 1925. Nr. 39), która buduje sanatorjum w Mikuliczynie dla młodzieży akademickiej.

Na polecenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia zbiera się materjały do t. zw. Polskiego Arsenału Przeciwgruźliczego, który obejmuje wszystkie instytucje i zakłady, przeznaczone do walki z gruźlicą.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwróciła się do Pana Wojewody z zapytaniem, jak uregulowano sprawę otwarcia szpitala dla chorych w barakach na Janowskiem.

Na prośbę Towarzystwa walki z gruźlicą odbyła się w dniu 1. grudnia w lokalu Kliniki chorób dzieci konferencja w sprawie proponowanego przez Związek Przeciwgruźliczy szczepienia niemowląt przeciw gruźlicy sposobem Calmette'a. W Konferencji uczestniczyli: Prof. Groer, Doc. Progulski, Doc. Gąsiorowski i Dr. Mikołajski, Prof. Gröer zajął stanowisko krytyczne i objawił zdanie, że szczepienia Calmette'a, przeprowadzone dotąd zaledwie na kilkuset dzieciach nie pozwalają na wysnucie jakichkolwiek pewniejszych wniosków co do ochronnej skuteczności i nie dają absolutnej pewności zupełnego bezpieczeństwa szczepień, zatem są one jeszcze w okresie kliniczno-laboratoryjnego eksperymentowania, a nie nadają się jeszcze do dyskusji publicznej na terenie społecznej walki z gruźlicą. Stanowisko to poparli Doc. Progulski i Doc. Gąsiorowski. O tem zawiadomił Wydział Zdrowia Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia. Prof. Groer powtórzył swe spostrzeżenia na piśmie. Na jego życzenie pismo to odczytuje przewodniczący i otworzono dyskusję.

Zabierają głos: Prof. Dr. Rencki, Prof. Dr. Nowicki, Dr. Meisels, Dr. Zabłocki, poczem Komisja uchwala, że podziela zapatrywania Prof. Dr. Gröera, i że jego wywód należy ogłosić w Polskiej Gazecie Lekarskiej dla informacji ogółu lekarzy.

3. W sprawie proponowanego przez Komitet wykonawczy Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego podczas Zielonych Świąt rozwinęła się szersza dyskusja, w której przemawiali: Prof. Dr. Rencki, Prof. Dr. Nowicki, Gen. Dr. Zieliński, Doc. Grek, Dr. Świątkowski, Dr. Zabłocki, Dr. Selzer, Dr. Małaczyński.

Uznano jednomyślnie, że doroczne Wojewódzkie Zjazdy Przeciwgruźlicze, wskazane statutami Powiatowych Kół walki z gruźlicą i regulaminem Komisji, są potrzebne i należy je urządzać, jednak w r. 1926., trzeba ten wojewódzki Zjazd co do czasu połączyć z II. Polskim Zjazdem Przeciwgruźliczym i przez to umożliwić uczestnikom branie udziału w obu Zjazdach. Wojewódzki Zjazd ma się więc odbyć w przeddzień otwarcia II. Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego i ma być właściwie publicznem posiedzeniem wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, na którem przedstawi się ile możności dokładny obraz walki z gruźlicą na obszarze województwa, omówi plany na rok następny i udzieli informacji co do ujednostajnienia programu pracy. Utrzymany w tym zakresie Zjazd Wojewódzki będzie niejako wstępem do ogólnego Polskiego Zjazdu. Referaty więc ogólne należy pozostawić do dyskusji na Ogólnym Zjeździe lub na bieżących posiedzeniach Komisji, a program Zjazdu Wojewódzkiego tak ścieśnić, aby w ciągu jednego dnia mógł być wyczerpanym.

Do tak pojętego Zjazdu Wojewódzkiego nie trzeba tworzyć osobnego Komitetu organizacyjnego, gdyż zwoła go i przeprowadzi Pan Wojewoda, względnie w Jego zastępstwie Naczelnik Wydziału Zdrowia.

4. Na wniosek Dr. Mikołajskiego uchwalono zwrócić się do Towarzystwa Higjenicznego, aby urządzało w swem łonie naukowe zebrania dyskusyjne przy uczestnictwie członków Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą w celu odczytywania i omawiania referatów, odnoszących sie do walki z gruźlicą. Przeprowadzenie uchwały podejmie Prof. Dr. Nowicki.

Dr. Mikołajski zgłasza na pierwsze posiedzenie dyskusyjne referat p. t. „Rozwój walki z gruźlicą w Małopolsce, a w szczególności w Województwie lwowskiem w latach 1900—1925".

5. Na wniosek Dr. Mikołajskiego, poparty przez Dr. Zabłockiego, Prof. Dr. Nowickiego i innych, uchwalono zorganizować w tygodniu, rozpoczynającym się Zielonemi Świętami, propagandę przeciwgruźliczą, połączoną ze zbiórką w całem Województwie.

W tygodniu tym mają być wszędzie po miastach urządzane odczyty o walce z gruźlicą za staraniem lekarzy powiatowych, we wszystkich szkołach ma się jedną godzinę poświęcić na omówienie sprawy gruźlicy, we Lwowie urządzi się przedstawienie kinowe o gruźlicy.

Propagandą odczytową we Lwowie zajmie się w imieniu Towarzystwa Higjenicznego i w porozumieniu z Towarzystwem walki z gruźlicą Prof. Dr. Nowicki: Wzór odczytu dla nauczycieli opracowuje Towarzystwo Higjeniczne. Do Kuratorjum Szkolnego zwróci się ono w porozumieniu z Sekcją Higjeny T. N. S. M. (Dr. Chrapek). Do Starostw i lekarzy powiatowych wyda okólnik Pan Wojewoda.

Zbiórka po powiatach będzie obrócona na potrzeby miejscowego Koła walki z gruźlicą. We Lwowie zajmie się zbiórką Komitet, w skład którego wchodzą: Dr. Zabłocki (Tow. walki z gruźlicą), Dr. Meisels (walka z gruźlicą wśród żydów), Dr. Chrapek (Kolonje lecznicze T. N. S. W.), Dr. Zgórski (kolonja w Tuchli) i Dr. Hornung (kolonja lecznicza w Rymanowie). Dochód podzieli Komitet między wspomniane Towarzystwa, pewną część oddając do dyspozycji wojewódzkiej Komisji. Komisja zwróci się do władz kompetentnych, aby w ciągu roku nie udzielono zezwoleń na żadne inne zbiórki i składki pod hasłem walki z gruźlicą. Przewodniczący: w. z. Dr. *Mikołajski,* w. r.

Izba lekarska lwowska.

Zebranie Rady Izby.

D. 24. stycznia odbyło się posiedzenie Rady Izby, na którem ustępujący Zarząd przedłożył sprawozdanie z czynności za rok 1925. Sprawozdanie to, rozesłane członkom Rady przed posiedzeniem, ogłoszone zostanie w całości w Gazecie lekarskiej. Z tego powodu z obszernego sprawozdania podajemy tylko niektóre szczegóły, jak sprawę nowelizacji ustawy o kasach chorych, ustawy o izbach, ustawowego unormowania tytułu specjalisty, reformy studjów lekarskich, rewizji taks sądowo-lekarskich, kumulacji posad, oprócz szeregu innych spraw aktualnych, któremi Zarząd Izby się zajmował a które sprawozdanie omawia wyczerpująco.

Korzystny rozwój instytucyj ubezpieczeniowych, założonych przez Izbę w jej łonie, stwierdza osobne sprawozdanie rachunkowe Kasy chorych i Kasy pensyjnej. Pierwsza z nich, Kasa ubezp. chorych, rozwija się niewątpliwie z pożytkiem dla lekarzy, o czem świadczy coraz szersze koło lekarzy chętnie z niej korzystających w razie choroby i stale zwiększające się świadczenia tej Kasy. Druga, Kasa pensyjna, założona w kwietniu 1925, a zatem będąca jeszcze w okresie ustawowego wyczekiwania, zwalczając znaną opieszałość, a powiadamy szczerze nieuzasadnione i bezkrytyczne uprzedzenia ze strony drobnej garstki zawsze i ze wszystkiego niezadowolonych — toruje sobie jednak coraz większe uznanie wśród członków Izby. Niewątpliwą potrzebą istnienia jej przypominać winno z nędzą graniczące położenie wdów po lekarzach, owo wiecznie u wrót wszystkich zrzeszeń lekarskich, a przedewszystkiem izb lekarskich — stające ponure „memento", w postaci rąk wyciąganych po kilkadziesiąt złotych zapomogi.

Szczegółowe sprawozdanie kasowe Izby, jak również kierowanych przez nią instytucyj, przedstawione Radzie Izby w odbitkach, okaże się również w Gazecie lekarskiej, jak nie mniej sprawozdanie z zakupna domu, które Rada przyjęła żywemi oklaskami do wiadomości zatwierdzającej.

Rada aprobowała wnioski Zarządu w sprawie podwyższenia świadczeń Kasy chorych, bez podwyższania wkładek, a mianowicie przyjęto jako najniższe świadczenie 3 zł dziennie, przy opłacie kwartalnej 8 zł, stopniowane przy opłacie kwartalnej 16 zł na 6 zł dziennie, przy opłacie 24 zł na 9 zł dziennie, opłacie 32 zł na 12 zł dziennie i 40 zł kwartalnie na 15 zł dziennie. Równocześnie podwyższono wypłatę pośmiertnego na 200 (przy najniższej wkładce), 400, 600, 800 i 1000 zł (przy najwyższej).

Sprawozdanie Zarządu przyjęła Rada do zatwierdzającej wiadomości, wyrażając mu jednomyślnie podziękowanie i uznanie za wydatną pracę.

Popołudniu tegoż dnia odbyło się posiedzenie nowowybranej Rady, na którem po przyjęciu do wiadomości sprawozdania z dokonanych wyborów i uchwaleniu, że przedłożone przez Zarząd wnioski co do zmiany niektórych postanowień regulaminu Kasy chorych mają być na osobnem posiedzeniu rozpatrywane, nastąpiło ukonstytuowanie się Rady w sposób następujący:

Przewodniczącym wybrany dr. Jan Papée, zastępcami przewodniczącego dr. Jan Moszkowicz i prof. dr. Kazimierz Bocheński, sekretarzem dr. Zdzisław Kotiers, skarbnikiem dr. Michał Salpeter, członkami Zarządu dr. Adolf Kuhn, dr. Zenon Pelczar, dr. Jan Schmar, dr. Aron Wolf, zastępcami członków Zarzadu: prof. dr. Witold Nowicki, dr. Eugenjusz Doliński, dr. Mieczysław Andruszewski, dr. Zygmunt Danielski, dr. Henryk Begleiter, dr. Jan Bereźnicki, dr. Stanisław Kubisztal, dr. Roman Zagórski, dr. Anna Mikiewiczówna. Do Komisji rewizyjnej: dr. Wilhelm Pisek, dr.

Leopold Schellenberg i prof. dr. Teofil Zalewski. Delegatami do Naczelnej Izby lekarskiej: prof. dr. Marian Franke, prof. dr. Witold Nowicki, dr. Jan Papée, dr. Eugenjusz Waygiel, dr. Aron Wolf i dr. Kazimierz Zgórski. Zastępcami delegatów: dr. Władysław Czernecki, dr. Stanisław Kubisztal, dr. Zenon Leńko, dr. Salomon Ramer, dr. Mieczysław Świtalski i dr. Henryk Szymański. Do sądu Izby lekarskiej na członków: Dr. Allerhand Henryk, Czaczkowski Józef, Doliński Eugenjusz, Selzer Marcin, Czechowicz Franciszek, Kwiatkiewicz Stanisław, Lachowicz Zdzisław, Lenartowicz Jan, Ludwig Stanisław, Moszkowicz Jan, Nowicki Witold, Pisek Wilhelm, Schusterówna Helena, Walichiewicz Tadeusz, Weksler Emil, Wolf Aron, Zgórski Kazimierz, Zion Oswald. Na zastępców członków: Dr. Bereźnicki Jan, Czarnecki Wincenty, Danielski Zygmunt, Daum Albert, Sawicka Henryka, Hojnacki Władysław, Hibel Władysław, Krzyżanowski Kalikst, Landau Henryk, Lilien Norbert, Malsburg Henryk, Markl Józef, Mosler Maksymiljan, Sawicki Antoni, Stuchly Stanisław, Świtalski Mieczysław, Wein Henryk, Zadurowicz Emil. Do Komitetu Kasy chorych: przewodniczący dr. Papée, zastępca prof. dr. Bocheński, członkowie: dr. Andruszewski Mieczysław, dr. Eugenjusz Doliński, dr. Michał Salpeter. Do Komitetu Kasy pensyjnej: przewodniczący dr. Papée, zastępca dr. Moszkowicz. Członkowie: dr. Czarkowski, dr. Kilar, dr. A. Mikiewiczówna, jako zastępcy: dr. Lewicki Stanisław i dr. Laskownicki. Do sądu polubownego Kasy: prof. dr. Henryk Halban, dr. Roman Hinze i dr. Adolf Kuhn; jako zastępcy dr. Emil Zadurowicz i dr. Kazimierz Zgórski.

Krakowska Izba lekarska.

Izba Lekarska w Krakowie. W dniu 14 stycznia 1926 r. nowowybrana Rada Izby Lekarskiej w Krakowie dokonała wyboru Zarządu i innych organów Izby. Do Zarządu wybrani: Naczelnik: Dr. Stefan Strzemieński, Kraków, Zastępcy Naczelnika: Dr. Stanisław Jankowski, Kraków, Dr. Władysław Wrześniowski, Częstochowa, Pisarz: Dr. Grzegorz Grzybowski, Kraków, Skarbnik: Dr. Józef Nussenfeld, Kraków, Członkowie Zarządu: Dr. Owsiński Józef, Kraków, Dr. Maksymiljan Rutkowski, Kraków, Dr. Kazimierz Suchodolski, Sosnowiec, Dr. Wacław Zakrzewski, Kraków. Członkami Naczelnej Izby Lekarskiej wybrani: Dr. Stanisław Jankowski, Kraków, Dr. Stefan Strzemieński, Kraków, Dr. Wincenty Wróblewski, Kraków, Dr. Władysław Wrześniowski, Częstochowa. Członkami Komisji Rewizyjnej wybrani: Dr. Tymoteusz Piotrowski, Kraków, Dr. Ludwik Schneider, Kraków, Dr. Bruno Woyciechowski, Kraków. Członkami Sądu Izby Lekarskiej wybrani: Dr. Eugenjusz Artwiński, Kraków, Dr. Marjan Ciećkiewicz, Kraków, Dr. Teodor Cybulski, Kraków, Dr. Tadeusz Dyboski. Krakow, Dr. Roman Glasner, Kraków, Dr. Grzegorz Grzybowski, Kraków, Dr. Maurycy Haber, Kraków, Dr. Józef Kostrzewski, Kraków, Dr. Jan Landau (senior), Kraków, Dr. J. Lachs, Kraków, Dr. Adam Maciąg, Kraków, Dr. Maksymiljan Rutkowski, Kraków, Dr. Józef Surzycki, Kraków, Dr. Franciszek Walter, Kraków, Dr. Józef Wodniecki, Kraków, Dr. Bruno Woyciechowski, Kraków, Dr. Wacław Zakrzewski, Kraków, Dr. Stanisław Zamorski, Kraków, Dr. Władysław Żydłowicz, Kraków, Dr. Bronisław Bartkiewicz, Zawiercie, Dr. Kazimierz Budzyński, Jaworzno, Dr. Stanisław Gąsiorowski, Kielce, Dr. Józef Kossak, Radom, Dr. Bronisław Zieleniewski Sosnowiec.

Sekretarz: *Grzybowski.* Naczelnik: *Strzemieński.*

Związek Gospodarczy lekarzy Polaków na Śląsku.

Związek Gospodarczy lekarzy Polaków na Śląsku nadesłał do redakcji pismo, wraz z oświadczeniem, które ze względu na aktualność poruszonej sprawy i jej znaczenie dla lekarzy Polaków na Śląsku osiadłych w całej rozciągłości podajemy:

Oświadczenie
Związku Gospodarczego Lekarzy Polaków na Śląsku w sprawie lekarzy obwodowych Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

Związek Gospodarczy Lekarzy Polaków nie miał zamiaru zabierania publicznie głosu w sprawie obsadzenia posad lekarzy obwodowych w Spółce Brackiej, a chciał wyrazić opinję swą przez swego przedstawiciela na zebraniu Zarządu tejże instytucji.

Jednakże w Nr. 10. „Oberschlesischer Kurier" z dnia 14. b. m. ukazał się artykuł „Regisseure", w którym autor obszernie rozwodzi się nad projektem redukcji lekarzy w Spółce Brackiej i podnosi, że sprawa ta obchodzi bardzo żywo ludność całego Województwa Śląskiego. Co do ostatniego twierdzenia, przyznajemy całkowicie słuszność artykułu „Regisseure" i dlatego podajemy opinję naszą w tej sprawie do wiadomości ogólnej, zwracając na nią przedewszystkiem uwagę Starszych Bractwa, aby niedopuścili do dalszego gwałcenia praw ludności pracującej i głośno i otwarcie na właściwem miejscu o nie się upominali.

Aby dobrze zrozumieć stan rzeczy istniejący obecnie w Spółce Brackiej pod względem opieki lekarskiej cofnąć się musimy wstecz do roku 1910. W roku tym uchwalał parlament niemiecki w Berlinie ustawę o zabezpieczeniu „Reichsversicherungsordnung". Z okazji wniesienia ustawy tej do parlamentu wystosował w dniu 8. I. 1910 Zarząd ówczesnego Knappschaftsvereinu memorjał do ministerstwa dla handlu i przemysłu w Berlinie, podpisany przez p. p. Remy i Mildo. W memorjale tym zwraca się Zarząd Knappschaftsvereinu przeciw wolnemu wyborowi lekarza i motywuje swoje stanowisko między innemi następującemi momentami politycznemi, które w dosłownem tłumaczeniu przytaczamy:

„Skutki ustawowego zaprowadzenia wolnego wyboru lekarza byłyby takie, że lecznice nasze z pewnością do połowy, prawdopodobnie jednak w daleko większej mierze zostałyby ogołocone z chorych. Przyczynę tych obaw upatrujemy w najmniejszej mierze w wzmożeniu się ruchu narodowo polskiego w tutejszych miejscowościach przemysłowych, jaki w ostatnich latach można zauważyć. Jest rzeczą znaną, że wpływ ten zostaje najwybitniej wywierany przez inteligencję polską. Polscy lekarze osiedliliby się wszędzie w obwodzie przemysłowym i zdobyliby sobie bardzo znaczną klientelę wśród polskiej ludności robotniczej"

A kilka stron dalej czytamy:

„W końcu zwracamy jeszcze raz uwagę na to, że narodowy ruch polski poszkodowałby żywioł niemiecki w górnośląskim obwodzie przemysłowym, którego najpewniejszą ostoją jest bezwątpienia górnośląski ciężki przemysł.".

Niedość na tem, w dniu 21. I. 10. wystosował Zarząd des Verbandes der Betriebskrankenkassen des Oberschlesischen Industriebezirkes memorjał do Bundesratu w Berlinie, gdzie między innemi pisze co następuje:

„Zwróciliśmy powyżej uwagę na poważne skutki, na jakie obwód nasz byłby narażony, a któremi ogół w bardzo znacznej mierze jest zainteresowany. Gdyby wszystkich lekarzy okręgu, którzy zdecydowaliby się przyjąć warunki umowy, dopuszczono do leczenia członków wszystkich kas, nieulega wątpliwości, że osiedliłaby się wtedy na Górnym Śląsku znaczna ilość lekarzy polskich, którzy przy dotychczasowym systemie „lekarzy stałozakontraktowanych" nie mieliby możności egzystencji".

Lekarze Polacy stanowią — o czem bliżej nie potrzeba się rozwodzić — w ręku przywódców narzędzie bardzo skuteczne w agitacji narodowo-polskiej.

Dochodziłby do tego fakt zawstydzający, że wielka część lekarzy, stanowiących dzisiaj podporę niemczyzny (Stütze des Deutschtums) wyprowadzić musiałaby się z naszego obwodu, ponieważ nie znalzłaby dostatecznego utrzymania".

W dwóch tych memorjałach stwierdza zatem tak Knappschaftsverein jak i Związek Kas chorych otwarcie i zgodnie z rzeczywistym stanem rzeczy:

1) że olbrzymia większość członków kas chorych, a więc temsamem i ludności zagłębia węglowego śląskiego jest narodowości polskiej;

2) że tak Knappschaftverein, jak i inne kasy przyjmują jako lekarzy kasowych wyłącznie lekarzy — Niemców, a Polaków ze względów politycznych nieprzyjmują;

3) że z powodu obowiązującego do tego czasu systemu stałych lekarzy lekarze Polacy nie mają wogóle możności egzystencji na Śląsku;

4) że lekarze Niemcy zajmujący stanowiska w kasach chorych, są „Stützen des Deutschtums";

5) że w razie zaprowadzenia wolnego wyboru lekarzy, większość ich musiałaby opuścić Śląsk, bo nie miałaby z czego żyć, a ich miejsca zajęliby lekarze Polacy.

Dlatego też czynniki te sprzeciwiały się wolnemu wyborowi lekarzy, przyczyniły się do pozostawienia w Knappschaftsvereinie systemu lekarzy obwodowych i do zaprowadzenia w innych kasach ograniczonego wyboru, t. j. dopuszczenia do kas pewnej tylko ilości lekarzy, oczywiście tylko — Niemców. Lekarz Polak nie miał mieć możności egzystencji na Śląsku.

Program ten przeprowadzony został z nieubłaganą konsekwencją. Posprowadzano i poosiedlano na Śląsku lekarzy Niemców, przeważnie ewangelików — „Stützen des Deutschtums" — uniemożliwiono egzystencję lekarzom Polakom.

Sądzićby należało, że z momentem przejścia Śląska pod panowanie polskie wybije nareszcie godzina sprawiedliwości dla chorego polskiego robotnika i dla lek. Polaka, że polska administracja polskiej Spółki Brackiej postara się o lekarzy Polaków, którzy będą mogli porozumieć się z chorymi w języku ojczystym. Nic z tego! Dotychczasowy Zarząd i Administracja Spółki Brackiej zdają się stać niezłomnie i uparcie przy programie niemieckiego „Knappschaftsvereinu" i Związku Kas chorych z roku 1910. Sprowadzeni w celach germanizacyjnych lekarze Niemcy do dziś dnia pozostają na Śląsku jako — lekarze Spółki Brackiej. Na 91 lekarzy obwodowych jest — Niemców 67, — Polaków 24.

Obecnie zamierza Spółka Bracka poodnawiać z lekarzami Niemcami kontrakty na dalsze 3 lata. Na 81 lekarzy obwodowych, z jakimi Spółka Bracka ma zamiar zawrzeć nowe kontrakty, proponuje Administracja — Niemców 45, — Polaków 36.

Stwierdzamy, że za nielicznemi wyjątkami lekarze Niemcy albo wogóle języka polskiego nierozumieją, albo władają nim tak niedostatecznie, że mowy być nie może o tem, by mogli skutecznie udzielać porady chorym w języku polskim. W przedłużeniu

kontraktów z lekarzami tymi upatrywać musielibyśmy dalsze prowadzenie polityki germanizacyjnej przez polską administrację polskiej instytucji społecznej.

Sądzimy, że w Państwie Polskiem, w polskiej instytucji społecznej — polski robotnik ma prawo, by mógł sprawy dotyczące swego zdrowia omówić z lekarzem w języku polskim, że ma prawo domagać się porady lekarskiej w języku ojczystym.

Dlatego zwracamy się do Starszych Bractwa, zwracamy się do p. komisarza rządowego i do Wyższego Urzędu Górniczego, by nie przykładali ręki do dalszej germanizacji Śląska i w interesie zdrowia ludności robotniczej przyczynili się do tego, by Spółka Bracka pozawierała kontrakty wyłącznie z lekarzami Polakami.

Związek Gospodarczy Lekarzy Polaków na Śląsku.

OD REDAKCJI POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ.

Poczawszy od dnia 1. lutego 1926 zostały biura Redakcji czasopism pomieszczone wspólnie z Administracją w Księgarni wydawniczej Gubrynowicza i syna przy ul. Rutowskiego l. 9. I. piętro.

W tym też lokalu przyjmuje redaktor odpowiedzialny strony interesowane osobiście codziennie, z wyjątkiem niedziel i świąt uroczystych, o godz. 12—13.

Dla uniknięcia rozbieżności w doręczaniu poczty, wszelkich nieporozumień, oraz niepożądanej zwłoki w załatwianiu spraw tyczących się wydawnictwa Polskiej Gazety lekarskiej uprasza się P. T. Redakcje: w Warszawie, Krakowie, Łodzi i Lwowie, jakoteż autorów i Korespondentów z poza tych okręgów, by zechcieli skierowywać wszystkie pisma (rękopisy, notatki, korespondencje) przeznaczone dla P. G. L. wprost pod wyżej wskazanym adresem.

Redakcja uprasza dalej wszystkich P. T. Autorów, ażeby zechcieli nadsyłać wszystkie prace i pisma przeznaczone do druku, o ile możności, tylko w odbitkach maszynowych. Polska Gazeta Lekarska jest bowiem obecnie składana maszynowo (linotypem), a sposób tego składania wymaga rękopisów czytelnych i wykończonych pod każdym względem, a więc także co do interpunkcji. Z tem jest połączona także niemożność uwzględniania odchyleń od pierwotnego tekstu, robionych często przez autorów przy t. zw. korektach autorskich. Technika składu linotypowego bowiem nie pozwala na tego rodzaju przeróbki i poprawki tekstu pierwotnego.

Zaznacza się dalej, że, jak dotąd, tak i nadal P. T. Autorowie prac i artykułów naukowych otrzymywać będą bezpłatnie 20 odbitek tych prac bez względu na ilość autorów tej samej pracy.

Koszty większej ilości odbitek, ponad 20, zamówioną z góry przy nadsyłaniu rękopisu, opłacać winien sam autor. W sprawie odbitek zwracać się należy wprost do Administracji, a nie do drukarni.

Tablice, nadające się do druku jedynie zapomocą kliszy, jakoteż klisze zamawiane przez redakcję na życzenie autorów, będą osobno płatne przez autora na podstawie rachunku przesłanego przez Administrację, a opartego na rachunkach drukarni i kliszarni.

Wreszcie uprasza się P. T. Autorów, oddających rękopisy, aby nie przetrzymywali korekt autorskich, lecz możliwie odwrotnie odsyłali je pod adresem wskazanym.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Propaganda uzdrowisk i letnisk polskich. Redakcja „Informatora Leczniczego Rzeczypospolitej Polskiej oraz Przewodnika po uzdrowiskach i letniskach", poświęconego propagandzie rodzimych miejscowości wypoczynkowych i leczniczych, prosi za naszem pośrednictwem o nadsyłanie jej odpowiednich informacyj. Osoby, posiadające wiadomości o jakichkolwiek letniskach oraz mniej znanych uzdrowiskach na obszarze Rzeczypospolitej, a zwłaszcza bliżej interesujące się ich rozwojem, zechcą podawać do Redakcji „Informatora" swe adresy lub wprost nadsyłać informacje o danej miejscowości. Osobom, udzielającym łaskawie swych adresów, Redakcja „Informatora" przesyła odpowiedni kwestjonarjusz do wypełnienia. Wiadomości nadesłane zużytkuje się z wdzięcznością w drugiem wydaniu rzeczonej książki, która ukaże się z wiosną r. bieżącego. Adres Redakcji „Informatora": **Czesław Rokicki, Warszawa, Leszczyńska 5.**

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. IV. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dn. 12. b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Kol. Lipiński: **„Bakterjologja płonicy aż do okresu Dick'ów;** 2) Kol. Gąsiorowski: **„O odczynie Dick'ów";** 3) Kol. Nowicki: **„Anatomja patologiczna płonicy";** 4) Kol. **Groer:** „Klinika płonicy".

Polskie Towarzystwo anatomiczno-zoologiczne. Od 3 przeszło lat istniejące w Warszawie Towarzystwo anatomiczne postanowiło, w myśl uchwały sekcji anatomicznej XII. Zjazdu P. L. i P., utworzyć Oddziały we wszystkich ośrodkach uniwersyteckich Rz. P. i wybrała w tym celu delegatów. W dn. 2 i 3 stycznia b. r. odbył się w Warszawie zjazd delegatów, na którym postanowiono utworzyć ogólne „Polskie Towarzystwo anatomiczno-zoologiczne" z siedzibą w Warszawie z pięciu oddziałami: warszawskim, lwowskim, krakowskim, poznańskim i wileńskim. Wybrano tymczasowy zarząd ogólnego towarzystwa, w którego skład wszedł Prof. Szymonowicz jako prezes, Prof. Hoyer i Prof. Konopacki, jako wiceprezesi, Prof. Loth jako sekretarz generalny i Dr. Słonimski, jako skarbnik. Uchwalono wejść z towarzystwem przyrodników im. Kopernika w konwencję, tak, że dział „Anatomja-Zoologja" czasopisma „Kosmos" ma stanowić organ P. Tow. Anat.-zool. Pierwszy zjazd organizacyjno-naukowy p. Tow. anat.-zool. ma się odbyć 22, 23 i 24 maja b r. w Warszawie.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne odbyło w dniach 29. XII. 1925 i 26. I. 1926. doroczne Walne Zgromadzenie. Obecnych 30 członków. Przewodniczył kol. doc. Wiczyński i kol. Bodnar, protokołował kol. Wiślański.

W roku sprawozdawczym 1925 odbyło towarzystwo 12 posiedzeń naukowych, przy frekwencji od 14 do 30 członków. Wygłoszono 7 odczytów, przypadków przedstawiono 52. Ponadto wygłoszono w sekcji ginekologicznej XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników w Warszawie 12 odczytów. Dwa nadzwyczajne Walne Zgromadzenia przeprowadziły zmianę statutu i uchwaliły po obszernej dyskusji wnioski specjalnie wybranych komisji w sprawie: 1) przestrzegania deontologji, 2) sztucznych poronień), 3) nadużywania tytułu specjalisty, 4) Kas Chorych.

Towarzystwo liczy 42 członków czynnych i 3 członków-korespondentów. Po udzieleniu absolutorjum ustępującemu Wydziałowi wybrano nowy Wydział na rok 1926 o następującym składzie: przewodniczący: Prof. Władysław Bylicki, zast przewodn. kol. Henryk Wein, sekretarz: kol. Albin Garbień, skarbnik kol. Henryka Sawicka, członkowie Wydziału: 1. kol. Emanuel Łamański, 2. kol. Walerjan Madejewski, 3. kol. Stanisław Mączewski, komisja szkontrująca: kol. Eljasz Hermelin i Stan. Liebhart, sąd polubowny: prof. Adam Sołowij, kol. Władysław Hojnacki, kol. Stanisław Kwiatkiewicz.

Do komitetu redakcyjnego miejscowego „Ginekologji Polskiej", która jest organem Towarzystwa, wybrano: redaktorami: prof. Adama Sołowija i prof. Kazimierza Bocheńskiego, członk. komitetu redakcyjnego: 1. Józefa Lenczowskiego, 2. Maksymiljana Seidlera, 3. Stanisława Mączewskiego, 4. Walerjana Madejewskiego, 5. Władysława Hojnackiego.

K. Wiślański, sekretarz.

Ze świata.

Kursy dla lekarzy Wydziału lekarskiego Uniwersytetu we Wiedniu. Organizacja Kursów dla lekarzy Wydziału lekarskiego Uniwersytetu we Wiedniu podaje do wiadomości, że pojawił się w druku pierwszy dodatek do programu Kursów dla lekarzy zorganizowanych przez Wydział lekarski we Wiedniu na rok szkolny 1925/26.

Programy te są do nabycia bezpłatnie w „Büro" der Wiener Aerztekurse, Wien VIII. Schlösselgasse 22.

W marcu b. r. odbędą się w Berlinie międzynarodowe kursa dokształcające dla lekarzy. Obok zwykłych przedmiotów, jako specjalne wymieniane są w programie: 1) dwutygodniowy kurs „Ćwiczenia praktyczne w technice rozpoznawczej i leczniczej", 2) dwutygodniowy kurs „Klinika chorób wewnętrznych", 3) jednotygodniowy kurs „Choroby nerwowe", 4) dwutygodniowy kurs „Choroby dzieci", 5) jednotygodniowy kurs „Choroby przemiany materji i przewodu pokarmowego". Prócz tego kurs dla specjalistów chorób nosa, uszu i gardła. Bliższych wiadomości udziela: Geschäftstelle der Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse. Berlin N. W. 6. Luisenplatz 2/4.

Sprostowanie.

Do artykułu Dr. F. Raszeja w Nr. 1. P. G. L. z r. 1926. „Osteopathia condensans; Przyczynek kazuistyczny na str. 11-stej umieszczono przez pomyłkę błędną numerację rycin. Wobec tego prostuje się tę pomyłkę i zaznacza, że rycina oznaczona Nr. 1. ma być na drugim miejscu, a rycina oznaczona Nr. 2-gim na pierwszem miejscu w tekście.

Redakcja otrzymała: T. Wąsowski: Formuła leukocytowa w ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach i jej znaczenie rozpoznawcze, z uwzględnieniem bakterjologji tych cierpień. Praca ta była ogłoszoną w Pamiętniku Wileńskiego Tow. lekarskiego, zeszyt 1. z r. 1925.